1991

ANNUAL REPORT **RAPPORT ANNUEL**

Solicitor General Solliciteur général

Chief Coroner Coroner en chef

New Nouveau
Brunswick

93-01390/

1991 Annual Report

Published by:
Office of the Chief Coroner
Department of the Solicitor General
Province of New Brunswick
P.O. Box 6000
Fredericton, New Brunswick
E3B 5H1
Canada

September 1992

Design Management:
Communications New Brunswick

Typesetting:
Queen's Printer for New Brunswick

Printing and Binding:
Printing Services, Supply and Services

ISBN 1-55048-741-8

ISSN 0848-5666

Printed in New Brunswick

Rapport annuel 1991

Publié par :
Le bureau du coroner en chef
Ministère du Solliciteur général
Province du Nouveau-Brunswick
Case postale 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Canada

Septembre 1992

Services de design :
Communications Nouveau-Brunswick

Photocomposition :
Imprimeur de la Reine pour le Nouveau-Brunswick

Imprimerie et reliure :
Services d'imprimerie, Approvisionnement et Services

ISBN 1-55048-741-8

ISSN 0848-5666

Imprimé au Nouveau-Brunswick

Think Recycling! Pensez à recycler!

1991

Chief Coroner

Coroner en chef

20th Annual Report

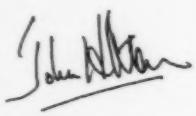
20e Rapport annuel

The Honourable Bruce Smith
Solicitor General
Fredericton
Province of New Brunswick

Dear Sir:

Pursuant to Section 43 of the Coroners Act, I have the honour to submit the Twentieth Annual Report of the Chief Coroner for the period January 1, 1991, to December 31, 1991.

Yours very truly,



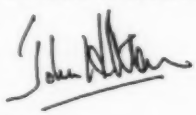
John H. Evans
Chief Coroner
Province of New Brunswick

L'honorable Bruce Smith
Solliciteur Général
Fredericton, Nouveau-Brunswick

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le vingtième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1991, en application de l'article 43 de la Loi sur les coroners.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma très haute considération.



John H. Evans
Coroner en chef
Province du Nouveau-Brunswick

Table of Contents

		Page
(A)	Historical Background/	7
	Origin of the Office of the Coroner	7
	Development of the Office in Medieval and Modern Times	8
	Canadian Situation	10
(B)	The New Brunswick System	12
	Organizational Structure	12
	Notification Requirement	12
	Investigative Capacity of Coroners Branch	13
	Purpose of Coroner's Investigation	13
	The Inquest Decision	14
	Summary	14
(C)	Statistical Summary of Investigated Deaths	16
	Schedule "A" - Total Deaths Reported	21
	Schedule "B - B.1" - Accidental Deaths	22
	Schedule "C - C.4" - Suicide Deaths	27
	Schedule "D - D.1" - Homicide Deaths	31
	Schedule "E - E.1" - Natural Deaths	32
	Schedule "F - F.1" - Undetermined Deaths	35
(D)	Summary of Inquest and Recommendations	36

Table des matières

		Page
(A)	Survol historique	7
	Origine de la fonction de coroner	7
	Évolution de la fonction de coroner du Moyen-Âge à nos jours	8
	L'expérience canadienne	10
(B)	Le système de coroners du Nouveau-Brunswick	12
	Organisation	12
	Déclaration	12
	Pouvoirs d'investigation de la Division des coroners	13
	But de l'investigation	13
	La décision de mener une enquête	14
	Résumé	14
(C)	Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès	16
	Tableau «A» - Nombre total de décès signalés	21
	Tableau «B - B.1» - Morts accidentelles	22
	Tableau «C - C.4» - Morts par suicide	27
	Tableau «D - D.1» - Morts par homicide	31
	Tableau «E - E.1» - Morts naturelles	32
	Tableau «F - F.1» - Morts d'origine inconnue	35
(D)	Résumé des enquêtes et recommandations	36

(A) Historical Background

Origin of the Office of the Coroner

The office of the coroner is one of the oldest institutions known to English law (ranking in antiquity only behind the Monarch and the sheriff) and its true origin has been much debated. The first written references to the office occurred during the reign of King Alfred (871 - 910 A.D.). However, the historical development of the office can with greater certainty be traced back to a period close to the time of the Norman Conquest when the coroner, under the new regime, came to have an important role in the administration of justice. The changing functions of the office reflect the evolution of English legal and constitutional history over the course of a thousand years.

One of the early functions of the office was to enquire into sudden and unexpected deaths. Initially in this, as in other functions, the primary responsibility of the office was to protect the financial interest of the Crown. It was the duty of the coroner to establish the facts relating to the death - if the body was that of a Norman (as opposed to the native Anglo-Saxons) a levy was payable to the Crown. The coroner used a jury to enable him to ascertain this and to determine whether foul play was involved in the death; if so, the town or village was liable for an additional fine if no felon could be found responsible for this death. On the other hand, should the felon be apprehended and convicted his entire goods and possessions were forfeited to the Crown upon seizure by the coroner. Also, failure of the first finder to notify the local authorities of dead bodies, and of those authorities, in turn, to notify the coroner, resulted in special fines levied by the Crown on the whole town for breach of duty. This particular function of the office of coroner (to determine the facts surrounding a death), as modified throughout the years, survives as the basis for all coroner systems which are presently existing in common law jurisdictions.

Other duties of the offices of the coroner were mainly administrative and are now only of academic interest; he kept the Crown's records in relation to the criminal courts; he collected and guarded the "chance" revenues falling to the Crown - in particular, deodands, wrecks, royal fish and treasure trove as well as the forfeited property of convicted felons mentioned above; he heard the swearing of adjurations of those persons who had

A. Survol historique

Origine de la fonction de coroner

La fonction de coroner est la plus vieille institution du droit anglais, après celles de monarque et de shérif, et sa véritable origine est loin de faire l'unanimité. Mentionnée par écrit pour la première fois pendant le règne du roi Alfred (871-910), elle remonte probablement aux alentours de la conquête normande, époque où le coroner, sous le nouveau régime, vient à jouer un rôle important juridique et constitutionnelle anglaise et les transformations qu'elle a subies depuis mille ans.

L'une des premières tâches du coroner consistait à enquêter sur les morts soudaines et inattendues. Au départ, et la même chose valait pour ses autres fonctions, il s'agissait essentiellement de protéger les intérêts financiers de la Couronne. À cet égard, le coroner devait établir la cause du décès; si le cadavre était celui d'un Normand, par opposition à un Anglo-Saxon, il fallait payer un impôt à la Couronne. Un jury aidait le coroner à établir ce fait et à déterminer s'il s'agissait d'un meurtre; dans l'affirmative, la ville ou le village était passible d'une amende supplémentaire si l'on ne pouvait repérer l'assassin. En revanche, si ce dernier était arrêté et condamné, tous ses biens et possessions revenaient de droit à la Couronne sur confiscation par la coroner. En outre, si la première personne à découvrir un cadavre omettait d'en aviser les autorités locales et que celles-ci n'avisaient pas à leur tour le coroner, la Couronne imposait alors une amende spéciale à la ville entière pour manquement à ses devoirs. Cette fonction particulière (établir la cause d'un décès), modifiée au fil des ans, est à la base de tous les systèmes de coroners en vigueur actuellement dans les juridictions de common law.

Les autres tâches du coroner étaient surtout administratives et ne revêtent plus aujourd'hui qu'un intérêt historique: il tenait les dossiers judiciaires de la Couronne; il percevait et conservait les recettes fortuites de la Couronne, notamment les objets personnels ayant été cause accidentelle de mort d'homme, les épaves de mer, les baleines, esturgeons et marsouins qui, échoués ou capturés près de la côte, appartenaient au souverain, les trésors découverts par le pur effet du hasard puis,

fled to sanctuary; he also served as a check upon the fiscal activities of the sheriff and was required to act for the sheriff whenever the latter was incapacitated by interest or default.

The varied and changing historical duties of the office of coroner are reflected in the origin of the word "coroner" which is said to have come from the Anglo-French word for Crown - "corouner". However, the precise designation of the officer appears to have varied from time to time. In the reign of Richard the First he was called "coronarius", in that of John, "coronator", because he originally had custody of the rolls of the pleas of the Crown. According to Sir Thomas Smith in 1583 the name of the office came from the word "crowner" or "coronator" because "the death of every subject by violence is accounted to touch the Crowne, and to be a detriment to it..." - in other words, the coroner, however spelled and pronounced, was in effect the local representative of the Crown. It is of interest to note that while the word "coroner" (as it is presently spelled) first appeared in the fourteenth century, the name "crowner" is used to this day in the north of Ireland and vulgarly in some parts of England.

Development of the Office in Medieval and Modern Times

The history and development of the office of coroner can best be illustrated by references to English legislation.

Article 20 of the *Article of Eyre* (1194) provided for the election in every country of England of three knights and one clerk as "keepers of the pleas of the Crown". The coroner had to be a resident of the county or the borough for which he was elected locally. His other qualification was his wealth, which was probably seen as a form of insurance against the possibility of misbehaviour, in the event of which his lands or possessions could be confiscated by the King. As the office was unpaid until 1487, prestige of the office and public service appear to be the motivating factor for seeking the office in the early days. The coroner took his oath of office before the sheriff, had county jurisdiction and tenure for life during good behaviour. He could however, lose his post if appointed to the office of sheriff.

In 1276 during the reign of Edward I the statute known as *De Officio Coronatonis* was proclaimed. In it the duties of the coroner were set forth as they

finalement, les biens confisqués mentionnés ci-dessus; il entendait le serment de ceux et celles qui demandaient asile; il exerçait également un contrôle sur les fonctions de percepteur du shérif et devait remplacer ce dernier s'il était frappé d'incapacité pour cause de défaut ou d'opposition d'intérêts.

La diversité des fonctions de cet officier et leur évolution au cours de l'histoire se reflètent dans l'origine même du mot «coroner», qui serait dérivé du vocable anglo-français pour «couronne», «corouner». Néanmoins, son appellation précise semble avoir varié de temps à autre. Pendant le règne de Richard 1er, il s'appelait «coronarius»: sous le roi Jean, par contre, il cédait la place à «coronator», car au début il avait la garde du rôle des actions en justice intentées par la Couronne. Selon sir Thomas Smith (1583), l'appellation provient du mot «crowner» ou «coronator», puisque le décès de n'importe quel sujet par acte de violence touchait la Couronne et lui était préjudiciable. Autrement dit, le coroner, indépendamment de l'orthographe et de la prononciation du terme, était en réalité le représentant local du souverain. Une remarque est digne d'intérêt ici: alors que le mot «coroner» (dans sa graphie actuelle) fit son apparition au XIV^{e} siècle, le nom de «crowner» est en usage encore aujourd'hui dans le nord de l'Irlande et est utilisé vulgairement dans certaines régions d'Angleterre.

Évolution de la fonction de coroner du Moyen-Âge à nos jours

La meilleure façon de retracer l'histoire et l'évolution de la fonction de coroner est de se reporter à la législation anglaise.

L'article 20 du *code de justice de Eyre* (1194) prévoit l'élection dans chaque comté de trois chevaliers et d'un clerc en tant que «gardiens du rôle des actions en justice intentées par la Couronne». À ce propos, le coroner doit habiter le comté ou la municipalité qu'il représente. L'autre condition de candidature, c'est sa richesse, que l'on considère sans doute comme une certaine garantie contre l'inconduite, infraction pour laquelle il risque de se faire confisquer ses terres et possessions par le roi. Comme cette fonction n'est pas rénumérée avant 1487, ses principaux attraits à l'origine sont probablement le prestige et le service public. Le coroner prête serment devant le shérif, a juridiction sur l'ensemble du comté et est nommé à vie durant bonne conduite. Il peut toutefois perdre son poste s'il accède à celui de shérif.

En 1276, pendant le règne d'Édouard 1er, est promulguée la loi intitulée *De Officio Coronatonis*. Cette loi énonce les fonctions d'enquêteur du coroner. Ainsi,

applied to the inquisitorial procedure: that upon being summoned by the bailiff or any honest man, the coroner should go to where there was dead ... once there he would command the men from four neighbouring towns to appear before him as the jury to give evidence under oath. This statute expressed, for the first time, the basic questions requiring satisfaction where an unnatural death is under investigation. In the ensuring seven hundred years, no improvement has been made upon them and they remain: "who was the deceased? How, when, where and by what means did he die?"

In 1361 with the statutory creation of justices of the peace, the long decline of the role of the coroner in criminal proceedings began. Other means were found to secure the Crown revenue and the financial duties of the office of the Crown official were also eroded. Later by statute in 1487 a fee was established to be paid by the coroner for each inquest in sudden and unnatural deaths. Because the coroner was less than popular with the justices (who had replaced him in criminal matters) the justices usually paid coroners the statutory minimum with the result that only unskilled lawmen tended to accept the position. Complaints were common that coroners would hold unnecessary inquests merely to support their meager income. Surprisingly, the office of coroner not only survived under such adverse circumstances but re-emerged during the industrial revolution to a new position of importance. This re-emergence was due in large part to the increasing incidence of sudden and unnatural death. As well, while the justices of the peace had taken over the cases of overt homicides, cases of suicides and covert homicides continued to be dealt with by the coroner's inquisition.

With the addition in England in 1836 of a statutory provision that allowed for the coroner to make payment for expert medical testimony, the capacity to detect covert homicide increased through the coroner's ability to order post-mortem examination of the deceased. As a medico-legal investigator, the coroner won back some of his lost status in criminal proceedings and by virtue of close access to medical expertise, the foundation for the present system was laid in England. The gain in status was supported in 1860 when a law was enacted abolishing the fee system and establishing salaries for county coroners. A further development occurred in 1887 with the passage of legislation requiring inquests to be conducted whenever the coroner had reasonable cause to suspect that violence or unnatural factors had resulted in a death or where the cause of death was unknown. Moreover in 1888, election of coroners in England was discontinued and a system of coroner appointments was instituted.

sur sommation du huissier ou de tout autre honnête homme, le coroner doit se rendre sur les lieux d'un décès, pour ensuite convoquer les hommes de quatre villes avoisinantes qui vont former le jury. Cette loi pose pour la première fois les questions fondamentales auxquelles il faut répondre lorsque l'on enquête sur une mort non naturelle. Elle demeurent inchangées après sept siècles: Qui était la personne décédée? Comment, quand, où et par quel moyen est-elle morte?

L'avènement, en 1361, des juges de paix amorce la longue déchéance du rôle du coroner en matière criminelle. On a trouvé d'autres moyens de percevoir les recettes de la Couronne et l'officier perd également ses fonctions de contrôleur des finances. En 1487, une loi prévoit le versement d'honoraires au coroner pour chaque enquête qu'il mène sur un décès soudain et non naturel. Comme le coroner est loin d'être populaire auprès des juges (qui l'avaient remplacé dans les causes criminelles), ceux-ci lui versent normalement le minimum prescrit. En conséquence, seuls les hommes de loi peu expérimentés ont tendance à accepter le poste. On se plaint souvent que le coroner procède à des enquêtes inutiles dans le seul souci d'arrondir ses maigres revenus. Chose étonnante, la fonction de coroner survit malgré cette adversité et regagne même une certaine importance pendant la révolution industrielle. Ce regain d'intérêt pour la profession est attribuable dans une large mesure au nombre de plus en plus grand de décès soudains et non naturels. Par ailleurs, le coroner continue à s'occuper des suicides et des cas d'homicides douteux, quoique les juges de paix aient pris en main les cas d'homicide manifeste.

En 1836, la loi anglaise est modifiée et le coroner peut dès lors rémunérer les médecins-experts à qui il demande avis. Ainsi, le coroner est davantage en mesure de se prononcer sur les cas d'homicide douteux, car il peut faire faire une autopsie. En sa qualité d'enquêteur médico-légal, il regagne une partie du prestige qu'il avait perdu en matière criminelle. Par ailleurs, son étroite association avec les experts jette les bases du système actuel en Angleterre. En 1860, une autre loi vient renforcer cette nouvelle image de marque: en effet, le système d'honoraires cède la place à un système de salaires pour le coroner de comté. Puis, en 1887, une nouvelle loi exige la tenue d'une enquête chaque fois que le coroner a des raisons de croire qu'un décès est attribuable à un acte de violence ou à une cause non naturelle, ou encore que la cause du décès est inconnue. L'année 1888 marque un autre pas en avant: l'Angleterre remplace l'élection des coroners par un système de nominations.

Subsequent changes in the English system came as follows: in 1926 part of the criminal jurisdiction of the office was removed by the provision that the coroner adjourn his inquest in cases of murder, manslaughter or infanticide should charges be laid. Also mandatory requirements for inquests in all cases of which the cause of death was unknown were abandoned. In 1977 the jurisdiction of the coroner was further limited as the power to find a verdict of murder, manslaughter or infanticide was removed which negated the common law right of a coroner to commit for trial.

Canadian Situation

The institution of the common law coroner was early transplanted from England to North America with the result that every province and state has some type of modified coroner system.

The office of coroner was received in Canada as part of the common law system before conceptual changes which transformed the coroner system in England had taken place. After Confederation provincial coroners were conducting proceedings similar to preliminary hearings in respect to homicide. Notwithstanding that the indictment function of the coroner's inquest was abolished in 1892 by the first *Criminal Code*, a procedure still exists whereby certain verdicts of a coroner's jury result in the individual named appearing in custody or by means of a recognizance before a magistrate or justice, although in recent years this procedure has been used infrequently.

Each province and territory in Canada presently operates its own sudden death inquiry system. Most provinces have restricted the jurisdiction of the coroner in respect to the finding of criminal or civil liability. Three provinces (Alberta, Nova Scotia and Manitoba) have now established medical examiner systems. Newfoundland has no coroner or medical examiner system as such. In that province all sudden deaths inquiries are held by a judge pursuant to *Summary Convictions Act* provisions. The remaining provinces and the territories have coroner systems which have all developed and grown, some more, some less, out of the institution of the common law coroner.

While New Brunswick coroners retain the "jurisdiction, powers and authority of coroners at common law" and courts have ruled that the Charter of Rights has not diminished the effect of section 44 of the *Coroners Act* in respect to procedure, *Re Gregoire and the District Coroner for Campbellton*, a decision Godin, J., May 2, 1988,

D'autres changements viennent modifier le système. En 1926, le coroner perd une partie de ses pouvoirs judiciaires: en effet, il est tenu de mettre fin à son enquête sur les cas de meurtre, d'homicide involontaire ou d'infanticide dès mise en accusation. La même année, il n'est plus obligatoire de procéder à une enquête sur tout cas de décès dont la cause est inconnue. En 1977, les pouvoirs du coroner sont encore restreints et il n'a plus le droit de rendre un verdict de meurtre, d'homicide involontaire ou d'infanticide, fait qui lui enlève le droit de mise en accusation que lui donnait la common law.

L'expérience canadienne

Le coroner de common law fait son apparition outre-Atlantique très tôt, de sorte que chaque province et État s'est inspiré du modèle anglais.

Au Canada, la fonction est instituée avant que le système de common law, de qui elle participe, ne subisse les transformations qui modifient le rôle du coroner en Angleterre. Après la Confédération, l'enquête du coroner provincial sur les cas d'homicide est plus ou moins une enquête préliminaire. En 1892, le premier *Code criminel* ôte au coroner son pouvoir de mise en accusation. Dans le cas de certains verdicts, toutefois, la personnes désignée nommément peut être mise sous garde et conduite devant un juge ou se voir astreinte à contracter un engagement de comparaître, mais on s'est rarement prévalu de cette disposition ces dernières années.

Chaque province et territoire du Canada a son propre système d'enquête sur les morts soudaines. Ceci dit, la plupart des provinces ont limité les pouvoirs du coroner à l'établissement de la responsabilité civile ou criminelle. Trois d'entre elles, à savoir l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba, ont maintenant un système d'expertise médicale. Terre-Neuve, de son côté, n'a pas de système de ce genre, ni même de coroner. Dans cette province, c'est un juge qui enquête sur les morts soudaines aux termes de la *Loi sur les poursuites sommaires*. Les autres provinces et les deux territoires ont pour leur part un système de coroners qui s'inspire, à des degrés divers, du modèle de la common law.

Bien que les coroners du Nouveau-Brunswick conservent «juridiction», les pouvoirs et l'autorité des coroners de «common law» et bien que les tribunaux ont statué que la Charte des droits ne diminue aucunement la portée de l'article 44 de la *Loi sur les coroners* relativement à la procédure, une décision de J. Godin le 2 mai 1988 *Re Gregoire et le coroner de circonscription*

effectively has limited the scope of the inquiry and particularly the verdict.

An inquest is not a forum to resolve civil disputes, or to conduct prosecutions. An inquest is not a trial and a coroner is not a judge. The proceedings are inquisitional as opposed to accusatory or adversarial. Thus there is no "accused" or "defendant" and no "parties" or "lis". Besides, it is wrong in principle for a public body other than a court to make formal pronouncements respecting the legal responsibility of any person, whether it be in a criminal or civil matter.

Coroners in New Brunswick have been instructed to protect the civil rights of all persons who may have had some connection with the death of the deceased and to ensure that the coroner's jury has not expressed any conclusion of civil or criminal responsibility or named any person or persons responsible for any act or omission which may have contributed to the death.

pour Campbellton, a effectivement restreint le champ de l'enquête et particulièrement le verdict.

Une enquête n'est pas un forum pour résoudre les litiges civils ou exercer des poursuites. Une enquête n'est pas un procès et un coroner n'est pas un juge. On fait appel à des procédures inquisitoriales par opposition à des procédures accusatoires ou contradictoires. Il n'y a donc pas d'«accusé» ou de «défendeur» ni de «parties» ou de «lis». De plus, il ne convient pas, en principe, pour un organisme public autre qu'un tribunal de se prononcer formellement sur la responsabilité juridique d'un individu qu'il s'agisse d'une affaire criminelle ou civile.

On a également demandé à tous les coroners du Nouveau-Brunswick de protéger les droits civils de toutes les personnes qui auraient pu être liées directement ou indirectement aux décès d'une personne et de voir à ce que le jury du coroner n'a pas tiré de conclusion de responsabilité civile ou criminelle ou désigné une ou des personnes responsables de tout acte ou toute omission qui aurait pu contribuer au décès.

(B) The New Brunswick System

Organizational Structure

In New Brunswick the Coroners Branch, for organizational and administrative purposes, falls within the Department of the Solicitor General. Supervision of the system is the responsibility of the Chief Coroner, located in Fredericton, who is also assisted by a Deputy Chief Coroner and the Sheriffs of the eight judicial districts, each of whom are directly responsible for all coroner activities within their respective judicial districts; the judicial districts are centered in Woodstock, Edmundston, Campbellton, Bathurst, Newcastle, Moncton, Saint John and Fredericton.

All sheriffs and deputy sheriffs are *ex-officio* coroners although not all are utilized as coroners within the system. In 1991, 41 full-time employees of the Sheriffs Branch functioned as coroners. A number of lay coroners are also appointed who act on a nominal fee for service basis and are a necessary retention of the old Coroner's System which before 1971 was serviced completely by lay coroners. In 1991, of the 9 lay coroners, 1 was a medical practitioner, which before the availability of highly qualified and competent pathologists within the Province, was of great advantage to the system. The lay coroners continue to provide an excellent service in the communities in which they serve.

Notification Requirement

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: i) did not occur during or as a result of pregnancy; ii) was not sudden and unexpected; and iii) was not under circumstances which may require an investigation). The Coroners Branch is responsible for the investigation of all reported deaths in order to determine for each case the identity of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his/her death. The system, therefore, is a vital part of law enforcement in initially determining whether such reported deaths are due to natural causes, accident, suicide or homicide.

B. Le Système de coroners du Nouveau-Brunswick

Structure administrative

Au Nouveau-Brunswick, la Direction des coroners relève, aux fins d'organisation et d'administration, du ministère du Solliciteur général. Le coroner en chef, dont le bureau est situé à Fredericton, est chargé de la surveillance de l'ensemble du système. Il est secondé dans son travail par le coroner en chef adjoint et par les shérifs des huit districts judiciaires, ces derniers étant directement responsables de la prestation des services dans leur district respectif. Les bureaux des districts judiciaires sont gérés depuis Woodstock, Edmundston, Campbellton, Bathurst, Newcastle, Moncton, Saint-Jean et Fredericton.

Tous les shérifs et shérifs adjoints sont coroner d'office bien qu'ils n'assument pas tous cette fonction. En 1991, 41 employés à temps plein de la Direction des shérifs assumaient les fonctions de coroners. Il y a d'autres coroners non juristes qui dispensent leurs services contre valeur nominale à l'acte. Ils font partie de l'ancien système lequel, avant 1971, était doté uniquement de coroners non juristes. En 1991, un des neuf coroners non juristes était médecin, ce qui, avant la présence dans la province de pathologistes hautement qualifiés et compétents, était grandement avantageux. Les coroners non juristes dispensent encore d'excellents services dans leurs localités.

Déclaration

Dans la province, le seul cas où il n'est pas nécessaire d'aviser le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin dûment qualifié (sauf si la mort survient: (i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci; (ii) de façon soudaine et inattendue: ou (iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une investigation). Par contre, la Division des coroners doit examiner tous les décès qui lui sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et d'établir où, quand, comment et par quel moyen elle est décédée. Par conséquent, les coroners sont un élément essentiel de l'application des lois car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

Investigative Capacity of Coroners Branch

For investigational purposes the Coroners Branch has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Forensic Laboratory in Sackville) and municipal police acting within their respective jurisdictions. Also, as a number of reported deaths involve elements of criminality, the investigation sometimes is a combination of coroner and police responsibility and requires a close liaison between the two agencies. Also available to the Coroners Branch are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston and Woodstock and also the services of the Provincial Forensic Toxicologist located at Saint John.

In addition, two pathologists located in the Regional Laboratory in Saint John agreed to provide a centralized forensic pathology service for the Coroners Branch commencing January 1, 1982. The identification of a death as a "Type II" case which needs the special consideration of a forensic pathologist now results in the utilization of the forensic service mentioned above. A "Type II" case requires that the body be transported to the Saint John Laboratory for the autopsy. The forensic pathologist acting is also available to the coroner's service and the police agency to visit the death scene, if necessary. Both pathologists acting in that capacity have for many years demonstrated their high degree of interest in forensic pathology and their expertise in acting as expert witnesses both at inquests and criminal trials.

Purpose of Coroners Investigation

The purpose of the coroners investigation has changed over the years. For many years the major emphasis was directed towards the investigation of the actual medical cause of death to the exclusion of practically all other aspects. Now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety. Therefore, it is sometimes necessary for the coroner to order an inquest into the death although the cause of death is known.

Pouvoirs d'investigation de la Division des coroners

Aux fins d'investigation, la Division des coroners peut faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire médico-légal de Sackville) et à un corps de police municipal qui ont chacun leur domaine de compétence. En outre, comme certains des décès signalés comportent des éléments de criminalité, l'investigation relève quelques fois tant de la police que du coroner et exige par conséquent une étroite collaboration entre les deux. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes des laboratoires régionaux, situés à Fredericton, Saint-Jean, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston et Woodstock, de même qu'aux services légaux du toxicologue provincial, qui se trouve à Saint-Jean.

De plus, deux des pathologiste du laboratoire régional de Saint-Jean ont accepté de fournir aux coroners, à partir du 1er janvier 1982, un service de médecine légale centralisé. Ainsi, lorsqu'un décès est classé comme un cas de «type II», nécessitant l'intervention spéciale d'un médecin légiste, il faut maintenant utiliser le service susmentionné. Dans un cas semblable, le cadavre doit être transporté au laboratoire de Saint-Jean pour l'autopsie. S'il y a lieu, le médecin légiste peut aussi aider le coroner ou la police en se rendant sur les lieux du décès. Depuis longtemps, les deux pathologistes qui agissent à titre de médecins légistes manifestent un intérêt marqué pour la médecine légale et ont fait valoir leur compétence comme témoins experts tant au cours des enquêtes que des procès au criminel.

But de l'investigation

Le but de l'investigation du coroner a évolué au fil des ans. Pendant des nombreuses années, on s'est attaché principalement à rechercher la cause médicale réelle du décès, à l'exclusion de presque tous les autres éléments. Aujourd'hui, l'aspect médical n'est qu'un facteur à considérer parmi bien d'autres. Les causes non médicales d'un décès sont en effet tout aussi importantes et, dans bien des cas, elles obligent à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique. Il faut donc quelquefois que le coroner ordonne la tenue d'une enquête même si la cause du décès est connue.

The Inquest Decision

One of the more difficult decisions a coroner has to make is whether or not to hold an inquest. In early times, the inquest was part of the function of the coroner in every case he investigated. Gradually, the common law developed to the point where the decision was in the discretion of the coroner.

Local coroners, the Chief Coroner or the Solicitor General in some circumstances, may order an inquest into a death. The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of accidental and violent deaths. It is also an important vehicle in causing attention to be focused on situations where remedial action may be taken to prevent similar occurrences in the future. To this end coroners have been encouraged to carefully consider all circumstances surrounding accidental and violent deaths, with the view to holding an inquest if any useful purpose will be served by doing so. It is expected that the Coroners Jury will make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances where appropriate.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations of Coroner's Juries at inquests to the attention of appropriate persons, agencies and departments of governments. Although the Chief Coroner has no authority to force any person or organization to implement recommendations, a number are in fact implemented in some way. No doubt this is due to the fact that the organization affected would find itself in a most embarrassing position if a second death occurred under similar circumstances, without it having remedied the situations which caused the first fatality.

Summary

The Coroners Branch investigates from 30 to 40 percent of the total of approximately 5,000 yearly deaths in the Province. A high percentage of the investigated deaths are determined to be from natural causes. Autopsies are ordered by the coroner in approximately 40 percent of the cases and inquests are ordered in slighly less than one percent of all investigated deaths. More than 90 percent of investigated deaths are now conducted by *ex-officio* coroners who are full-time employees of the Sheriffs Branch.

La décision de mener une enquête

Une des décisions les plus difficiles que doit prendre le coroner est de savoir s'il y a lieu ou non de mener une enquête. À l'origine, l'enquête faisait partie des fonctions du coroner dans tous les cas dont il s'occupait. À la longue, cependant, la common law a évolué au point où la décision de mener une enquête a fini par relever uniquement du coroner.

Dans certaines circonstances, un coroner local, le coroner en chef ou le solliciteur général peuvent ordonner qu'on enquête sur un décès, ce qui a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreuses causes de décès par mort violente ou accidentelle. L'enquête est aussi importante du fait qu'elle met l'accent sur des situations où il est possible d'intervenir pour empêcher que des évènements semblables ne se reproduisent. À cette fin, les coroners se doivent d'examiner attentivement toutes les circonstances entourant les morts violentes ou accidentelles afin de procéder à une enquête si cela se révèle utile. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans des circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations du jury aux personnes, organismes et ministères concernés. Il ne peut forcer quelque particulier ou organisme que ce soit à donner suite aux recommandations. Cependant, certaines d'entre elles sont mises en oeuvre d'une façon ou d'une autre, sans doute par crainte des organismes concernés de se retrouver dans une situation fort embarrassante s'il advenait qu'un deuxième décès survienne dans des circonstances semblables et qu'on ait négligé de prendre les mesures voulues pour corriger la situation à l'origine du premier décès.

Résumé

Entre 30 et 40 pour cent des quelque 5 000 décès annuels dans la province font l'objet d'une enquête par la Direction des coroners. Un très grand nombre d'enquêtes se terminent par un constat de mort due à des causes naturelles. Le coroner ordonne la tenue d'une autopsie dans environ 40 pour cent des cas alors que moins de un pour cent nécessitent une enquête sur les décès.

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and all other related agencies involved who have through the year cooperated and assisted in the investigations which have been processed through the Coroners Branch. Also gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

Nous sommes reconnaissants envers toutes les agences de maintien de l'ordre et les organismes connexes qui ont collaboré avec nous et nous ont aidés à mener les enquêtes au cours de l'année qui vient de s'écouler. Nous remercions également tous les coroners qui ont fait preuve, encore une fois, de dévouement et de professionnalisme, souvent dans des circonstances défavorables.

(C) Statistical Summary of Investigated Deaths

Beginning January 1, 1987 deaths reported to and investigated by the Coroners Branch have been classified in five distinct categories: accidental, suicide, homicide, natural and undetermined.

The **accidental** category covers all accidental deaths including all deaths involving motor vehicles where there is no obvious intention to cause death to another person. For example, if a person is intoxicated and drives with criminal negligence causing death the coroner's classification will be accidental.

The **suicide** category covers all cases of obvious suicide.

The **homicide** category covers all cases of homicide except where a motor vehicle is involved and there is no obvious intention to cause death to another person.

The **natural** category covers all deaths by disease or natural causes.

The **undetermined** category covers any death where it is impossible to determine whether the death was accidental, suicide, homicide or natural. Coroners are instructed to make all possible effort to classify deaths in one of the other categories before considering this category. An example of a difficult case which might fall in this category is that of drug overdose where it is impossible to determine whether death was accidental, suicide or homicide.

The fall of 1990 saw the introduction of a computer system to the office of the Chief Coroner designed to assist in the gathering of statistics, plotting trends and in tracking individual cases. This Report for 1991 reflects the changes in the reporting format, particularly with respect to **Environment**, that is the principal location of where the death occurred and the **Death Factor**, that is an action, force, instrument or disease which led directly toward death.

C. Résumé statistique des investigations menées à la suite de décès

Depuis le 1er janvier 1987, les décès signalés à la Division des coroners et sur lesquels celle-ci doit faire une investigation sont classés dans cinq catégories distinctes: les accidents, les suicides, les homicides, les mort naturelles et les décès d'origine inconnue.

La catégorie des **accidents** englobe tous les décès accidentels, y compris ceux impliquant des véhicules à moteur sans qu'il existe d'intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un. Ainsi, une personne en état d'ébriété qui cause la mort de quelqu'un dans un accident de la route pourra être accusée de négligence criminelle, mais le coroner parlera tout de même d'accident.

La catégorie des **suicides** englobe tous les cas évidents de suicide.

La catégorie des **homicides** englobe tous les cas évidents d'homicide, sauf si un véhicule à moteur est impliqué et qu'il n'existe aucune intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un.

La catégorie des **morts naturelles** englobe tous les décès survenus à la suite d'une maladie ou attribuables à des causes naturelles.

La catégorie des **décès d'origine inconnue** englobe les cas où il est impossible de déterminer s'il s'agit de l'une ou l'autre des quatre catégories décrites ci-dessus. Les coroners se doivent évidemment de tout faire pour n'en arriver à cette conclusion qu'en dernier ressort. Un exemple de cas difficile qui pourrait être classé dans ce groupe serait celui d'une surdose de drogue où il est impossible de décider s'il s'agit d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.

Un système informatisé a été installé dans le bureau du coroner en chef à l'automne 1990. Ce système est conçu pour faciliter la cueillette des données, déceler les tendances et repérer les dossiers. Le présent rapport reflète les changements qui ont été apportés au traitement de l'information, surtout en ce qui a trait au **Lieu**, c'est-à-dire l'endroit principal où le décès est survenu, et le **Facteur de mortalité**, c'est-à-dire l'action, la mesure de violence, l'instrument ou la maladie qui a été la cause directe de la mort.

Environments include:

Motor Vehicle

Commercial Drivers - Truck, Taxi, School Bus, etc.
Public Road - Driver
Public Road - Passenger
Public Transit (Bus, Streetcar, etc.)
Land Vehicles - Off Road And Private Road (not Recreation)
Railway Crossing - Vehicle
Ambulance

Motorcycle

Public Road - Motorcycle Driver
Public Road - Motorcycle Passenger

Recreational Wheeled Vehicles

Off Road Motocycling (Motocross, Dirt Bike, All Terrain, etc.)
Go-Kart Racing (on track)
Dunebuggy
Other Recreation (Including Race Tracks)

Snowmobile

Snowmobiling (Off Road)
Snowmobiling (On Road)

Bicycle

Public Road - bicycle (not motorized vehicle)

Pedestrian

Public Road - Pedestrian

Aircraft

Aircraft
Ultra Light Aircraft

Agriculture

Farming (includes non paid actual farming not recreation)
Tree Cutting - Private

Industrial

Construction
Factory, Plant, Warehouse (Inside)
Factory, Plant, Warehouse (Outside)
Service Station, Mechanic Garage
Mining
Marine Shipping
Railway Worker, Employee of Railroad
Window Washer
Office Worker

Lieux:

Véhicule à moteur

Chauffeur de véhicules utilitaires - camion, taxi, autobus scolaire, etc.
Route publique - conducteur
Route publique - passager
Transport public (autobus, tramway, etc.)
Véhicule tout terrain - Hors piste et route privée (véhicule ne servant pas à des fins récréatives)
Passage à niveau - véhicule
Ambulance

Motocyclette

Route publique - motocycliste
Route publique - passager sur une motocyclette

Véhicule récréatif

Motocyclisme hors-piste (moto-cross, moto hors route, véhicule tous terrains)
Karting (sur piste)
Motodune
Autres moyens de récréation (y compris les hippodromes)

Motoneige

Motoneige (hors-piste)
Motoneige (sur piste)

Bicyclette

Route publique - vélo (non motorisé)

Piétons

Route publique - piéton

Avion

Avion
Avion ultra-léger (ULM)

Agriculture

Agriculture (comprend le travail agricole non rénuméré et à des fins non récréatives)
Coupe des arbres - privés

Industriel

Chantier de construction
Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)
Manufacture, usine, entrepôt (à l'extérieur)
Station-service, garage
Exploitation minière
Transport maritime
Travailleur du rail, cheminot
Laveur de vitres
Employé de bureau

Other Work Place
Railway Shipping - Employee of the consignor

Boating

Powerboating
Sailboating
Other Non-power boating (canoes, rafts)
Water Vehicles (not recreation)

Recreational

Water Skiing (Towed or in boat)
Scuba Diving (not snorkelling)
Horse Back Riding
Sky Diving, Parachuting
Hand Glider
Snow Skiing
Swimming
Fishing
Gymnasium/Health Club
Hunting
Jogging (outside)
Amusement Park
Sauna/Steam Bath
Whirlpool Bath

Commercial

Logging/Tree Cutting - Commercial
Commercial Fishing
Commercial (Scuba) Divers

Police/Fire Dept.

Fire Fighting
Policing (Police Officer)
Police Chase
Police Action (except chase)

Institutions

Charitable Institutions
Detoxification Centre
Rehabilitation Facility
Homes for the Aged
Community Residence
Homes for Special Care
Nursing Home
Community Mental Health Centre
Psychiatric Hospital
Unlicensed Residential Homes (Retirement, Rest, etc.)
Custody Federal Institution
Custody Police Cell/Lock Up
Custody Under Arrest - not in jail
Police Prov. Jail/Detention Centre

Autre lieu de travail
Transport ferroviaire - employé de consignateur

Canotage

Canot à moteur
Voilier
Autres moyens de navigation non motorisés (canots, radeaux)
Véhicules nautiques (à but non récréatif)

Activités récréationnelles

Ski nautique (pendant le remorquage ou dans le bateau)
Plongée sous-marine (non plongée en apnée)
Équitation
Parachutisme
Deltaplane
Ski d'hiver
Natation
Pêche
Gymnastique/club de conditionnement physique
Chasse
Jogging (en plein air)
Parc d'attractions
Sauna/bain turc (bain vapeur)
Baignoire tourbillon

Activités commerciales

Travail en forêt, coupe des arbres - but commercial
Pêche commerciale
Plongeurs autonomes (hommes-grenouilles)

Police, Service de lutte contre les incendies

Lutte contre les incendies
Surveillance policière (agent de police)
Poursuite policière
Action policière (exceptée poursuite)

Établissements

Établissement de bienfaisance
Centre de désintoxication
Centre de réadaptation
Foyer pour personnes âgées
Établissement résidentiel communautaire
Foyer de soins spéciaux
Foyer de soins
Centre de santé mental communautaire
Hôpital psychiatrique
Foyer sans permis (maison de retraite, de repos, autres)
Garde dans un établissement fédéral
Garde à vue/en cellule
Garde à vue sur place - pas en prison
Prison provinciale/centre de détention

Hospitals

Hospital - For Pronouncement
Hospital Emergency - DOA
Hospital Emergency - Non DOA
Hospital Operating Room
Hospital Post Op (Recovery Room)
Hospital Other (Ward, ICU, etc.)
Hospital - Chronic Care
Nursing Station
Psychiatric Unit of Regional Hospital

General Living Areas

Apartment/Condominium
Hotel
Inside, Other than Residence (Restaurant, Mall, Tavern)
Living Inside, Residence or on Property
Motel
Rural Outdoors (not build up place or near residence)
School - Pupil (not employee)
Urban Outdoors - public place and other (not residence)
Rooming/Boarding House/Halfway Home/Group Home
Crib, Play Pen, Slide, Swing
School - Employee (Teacher, Janitor)

Death Factors include:

Fire

Fire - Forest, Grass
Fire - Self
Fire - Structural
Fire - Vehicle
Explosion
Lightning

Weapon

Cuts, Stabs
Shooting - Air Rifle
Shooting - Handgun
Shooting - Rifle
Shooting - Shotgun
Shooting - Unspecified

Drug

Drug
Glue Abuse
Therapeutic Misadventure

Hôpitaux

Hôpital (pour la constatation du décès)
Salle d'urgence - victime morte à l'arrivée
Salle d'urgence - victime vivante à l'arrivée
Salle d'opération
Salle de réveil
Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)
Hôpital - unité pour maladies chroniques
Poste de soins infirmiers
Unité psychiatrique d'un hôpital régional

Zones habituelle de résidence

Appartement/condominium
Hôtel
Personnes vivant à l'intérieur d'un bâtiment autre qu'une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)
Personnes vivant à l'intérieur d'un bâtiment, dans une résidence ou sur un bien-fonds
Motel
Personnes vivant à l'intérieur en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)
École - élève (employés exclus)
Personnes vivant à l'intérieur en milieu urbain - place publique et autres (sans domicile fixe)
Chambre louée/maison de pension/maison de transition/ foyer de groupe
Berceau, parc d'enfant, glissoire, balançoire
École - employés (professeurs, concierge)

Facteurs de mortalité:

Feu

Incendie de forêt, d'herbe
Immolation par le feu
Incendie de bâtiments
Incendie de véhicule
Explosion
Foudre

Arme

Coupures, coups de poignard
Fusillade - carabine à air
Fusillade - arme de poing
Fusillade - carabine
Fusillade - fusil de chasse
Fusillade - arme non identifiée

Drogue

Drogue
Inhalation de vapeurs de colle
Réaction allergique à un médicament

Hanging

Hanging

Drowning

Drowning - Other - Marsh, Dam, etc.
Drowning - Pond/Quarry
Drowning - Private Pool
Drowning - Public Pool
Drowning - Bathtub
Drowning - Open Water

Alcohol

Alcohol Poisoning
Chronic Use Of Alcohol
Aspiration
Cafe Coronary Syndrome (Food + Alcohol)

Alcohol & Drugs

Drugs And Alcohol

Bites

Snake Bites
Insect Sting
Animal Bites, Kicks, etc.

Poisoning

Vehicle Exhaust
Food Poisoning
Poison or Solvent

Gases & Fumes

Appliance Fumes
Furnace Fumes - Wood
Furnace Fumes - Gas/Oil
Silo Gas
Other Gases And Fumes
Aerosol Spray
Anaesthetic
Cooking Spray
Burns - Acid, Caustic
Burns - Heat

Trauma

Trauma of Vehicle Collision
Trauma of Air Crash
Blunt Trauma, Accidental
Blunt Trauma - Beating
Crushed, And/Or Buried
Electrocution
Exposure to Cold
Exposure to Heat
Caught in Machinery
Cuts From Hand or Power Tools
Child Abuse

Pendaison

Pendaison

Noyade

Noyade - autre - marais - barrage, etc.
Noyade - étang, carrière
Noyade - piscine privée
Noyade - piscine publique
Noyade - baignoire
Noyade - en eau libre

Alcool

Intoxication par l'alcool
Abus chronique de l'alcool
Asphyxie
Crise de restaurantose (Nourriture + alcool)

Alcool et drogues

Combinaison drogue et alcool

Morsures

Morsures de serpent
Piqûres d'insectes
Morsures par un animal, coup de pied, etc.

Empoisonnement

Gaz d'échappement d'un véhicule
Empoisonnement alimentaire
Poison ou solvant

Gaz et vapeurs

Émanations provenant d'appareils
Émanations venant d'une chaudière à bois
Émanations venant d'une chaudière à gaz ou à mazout
Émanations de gaz provenant d'un silo
Autres gaz et émanations
Aérosol
Anesthésique
Aérosol de cuisine
Brûlures - acides, soude caustique
Brûlures - par la chaleur

Traumatismes

Traumatisme dû à une collision de voitures
Traumatisme dû à un accident d'avion
Traumatisme dû à un objet contondant - accidentel
Traumatisme dû à un objet contondant - acte de violence
Écrasé et/ou enterré
Électrocution
Hypothermie
Hyperthermie
Pris dans une machine
Coupures faites par un outil manuel ou électrique
Enfant victime de mauvais traitement

Asphyxiation

Sexual Asphyxia
Strangulation
Suffocation
Object Caught in Throat
Allergic Reaction
Epilepsy

Fall

Fall or Jump - same level
Fall or Jump - different level height, eg. Bridge, Building

Natural Disease

Natural Disease
Sudden Infant Death Syndrome
Still Birth
Live Birth (1 day)
Intestinal Obstruction
Infection Disease
Starvation
Medical Device
Maternal-Preg/Abortion
Industrial Disease
Natural Disaster

Asphyxie

Asphyxie - jeu sexuel
Étranglement
Suffocation
Objet obstruant la gorge et causant l'étouffement
Réaction allergique
Épilepsie

Chute

Chute ou saut - à partir du sol
Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiment, etc.

Maladie naturelle

Décès naturel à la suite de maladie
Mort subite du nourrison
Enfant mort-né
Bébé ayant vécu moins d'une journée
Occlusion intestinale
Maladie infectieuse
Mort par inanition
Instrument médical
Femme enceinte/avortement
Maladie professionnelle
Catastrophe naturelle

Schedule "A" / Tableau "A" - 1991

Classification/ Catégorie de décès	No. of Deaths/ Nombre de décès	Autopsy Performed/ Autopsies
Accidental/Accidents	206	141
Suicide/Suicides	98	78
Homicide/Homicides	15	14
Natural/Morts naturelles	1,295	482
Undetermined/Décès d'origine inconnue	1	1
Total	**1,615**	**716**

Accidental Deaths - Schedule "B" - 1991/
Morts accidentelles - Tableau "B" - 1991

Environment Description/ Description du lieu d'occurrence	Deaths/ Nombre de décès	Autopsy Performed/ Autopsies
Public Road - Driver/ Route publique - conducteur	53	39
Public Road - Passenger/ Route publique - passager	36	17
Public Road - Motorcycle Driver/ Route publique - motocycliste	6	3
Public Road - Motorcycle Passenger/ Route publique - passager sur une motocyclette	2	2
Off Road Motorcycling (Motorcross, Dirt Bike, etc.)/ Motocyclisme hors-piste (moto-cross, moto hors route, véhicule tous terrain)	3	2
Snowmobiling (Off Road)/ Motoneige (hors-piste)	4	3
Snowmobiling (On Road)/ Motoneige (sur piste)	1	1
Public Road, Bicycle (Not Motorized Vehicle)/ Route publique - vélo non motorisé	5	0
Public Road, Pedestrian/ Route publique - piéton	17	9
Farming (includes non paid actual farming not recreation)/ Agriculture (comprend le travail agricole non rémunéré et à des fins non récréatives)	2	1
Tree Cutting - Private/ Coupe des arbres - privée	1	0
Marine Shipping/ Transport maritime	1	1
Mining/Exploitation minière	1	0
Factory, Plant, Warehouse (Outside)/ Manufacture, usine, entrepôt (à l'extérieur)	1	1

Accidental Deaths - Schedule "B" - 1991 (con't)/
Morts accidentelles - Tableau "B" - 1991 (suite)

Environment Description/ Description du lieu d'occurrence	Deaths/ Nombre de décès	Autopsy Performed/ Autopsies
Factory, Plant, Warehouse (Inside)/ Manufacture, usine, entrepôt (à l'intérieur)	2	2
Construction/ Chantier de construction	7	6
Logging/Tree Cutting - Commercial/ Travail en forêt, coupe des arbres - but commerciale	3	1
Commercial Fishing/ Pêche commerciale	3	2
Other non-power boating (canoes, rafts)/ Autres moyens de navigation non motorisés (canots, radeaux)	2	2
Sailboating/Voilier	1	1
Power Boating/Canot à moteur	1	1
Hunting/Chasse	2	2
Fishing/Pêche	1	1
Swimming/Natation	6	4
Horseback Riding/ Équitation	1	1
Snow Skiing/Ski d'hiver	1	1
Scuba Diving (not snorkeling)/ Plongée sous-marine (non plongée en apnée)	1	1
Custody Police Cell/Lock Up/ Garde à vue/en cellule	1	1
Homes for Special Care/ Foyer de soins spéciaux	2	2
Nursing Home/ Foyer de soins	3	1

Accidental Deaths - Schedule "B" - 1991 (con't)/
Morts accidentelles - Tableau "B" - 1991 (suite)

Environment Description/ Description du lieu d'occurrence	Deaths/ Nombre de décès	Autopsy Performed/ Autopsies
Rural Outdoors (not built up place or near residence)/ Personnes vivant à l'extérieur en milieu rural (loin de bâtiments ou des résidences)	3	3
Living Inside, Residence or on Property/ Personnes vivant à l'intérieur d'un bâtiment dans une résidence ou sur un bien-fonds	28	25
Urban Outdoors - Public Place and other (not residence)/ Personnes vivant à l'extérieur en milieu urbain - place publique et autres (sans domicile fixe)	5	5
Total	**206**	**141**

Accidental Deaths - Schedule "B.1" - 1991/
Morts accidentelles - Tableau "B.1" - 1991

Death Factors/ Description du facteur de mortalité	Deaths/ Nombre de décès	Autopsy Performed/ Autopsie
Fire-Structural/ Incendie de bâtiments	10	9
Fire-Self/Immolation par le feu	1	1
Explosion/Explosion	1	1
Shooting - Shotgun/ Fusillade, fusil de chasse	2	2
Shooting - Handgun/ Fusillade, arme de poing	1	1
Hanging/Pendaison	1	1
Drowning - Open Water/ Noyade - en eau libre	14	11
Drowning - Bath Tub/ Noyade - baignoire	2	2
Drowning - Pond/Quarry/ Noyade - étang - carrière	2	2
Drowning - Other - Marsh, Dam, etc./ Noyade - autre - marais - barrage, etc.	3	3
Alcohol Poisoning/ Intoxication par l'alcool	6	6
Chronic use of alcohol/ Abus chronique de l'alcool	1	1
Drugs/Drogue	1	1
Drugs & Alcohol/ Combinaison drogues et alcool	2	2
Vehicle Exhaust/Échappement d'un véhicule	1	0
Object Caught in Throat/ Objet obstruant la gorge et causant l'étouffement	3	2
Suffocation/Suffocation	5	4
Sexual Asphyxia/ Asphyxie - jeu sexuel	2	2

Accidental Deaths - Schedule "B.1" - 1991 (con't)/
Morts accidentelles - Tableau "B.1" - 1991 (suite)

Death Factors/ Description du facteur de mortalité	Deaths/ Nombre de décès	Autopsy Performed/ Autopsie
Trauma of Vehicle Collision/ Traumatisme dû à une collision de voitures	125	75
Blunt Trauma, Accidental/ Traumatisme dû à un objet contondant - accidentel	8	6
Crushed, and/or Buried/ Écrasé et/ou enterré	7	4
Fall or Jump - different level height, eg - Bridge, Building/ Chute ou saut - à partir de hauteurs différentes, par ex. d'un pont, d'un bâtiments, etc.	5	4
Fall or Jump - Same level/ Chute ou saut - à partir du sol	3	1
Total	**206**	**141**

Suicide Deaths - Schedule "C" - 1991
Morts par suicide - Tableau "C" - 1991

Environment Description/ Description du lieu d'occurrence	Deaths/ Nombre de décès	Autopsy Performed/ Autopsies
Psychiatric Hospital/ Hôpital psychiatrique	1	1
Psychiatric Unit of Regional Hospital/ Unité psychiatrique d'un hôpital régional	1	1
Living Inside, Residence or on Property/ Personnes vivant à l'intérieur, en résidence ou sur un bien	71	56
Hotel/Hôtel	1	1
Motel/Motel	1	1
Inside, Other than Residence (Mall, Tavern, Restaurant) / Personnes vivant à l'intérieur, autre que dans une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	5	5
Urban Outdoors - public place and other (not residence)/ Personnes vivant à l'extérieur en milieu urbain - place publique et autres (non résidentiel)	2	2
Rural Outdoors (not built up place or near residence)/ Personnes vivant à l'extérieur en milieu rural (à l'écart d'un bâtiment ou d'une résidence)	8	5
Public Rd - Driver/ Route publique - conducteur	6	4
Public Rd - Pedestrian/ Route publique - piéton	1	1
Railway - not on Board (crossing tracks, trespasser)/ Chemin de fer - victime d'un train (traversait la voie ferrée, s'avançait dans une zone non autorisée)	1	1
Total	**98**	**78**

Suicide Deaths - Schedule "C.1" - 1991
Morts par suicide - Tableau "C.1" - 1991

Death Factors/ Description du facteurs de mortalité	Deaths/ Nombre de décès	Autopsy Performed/ Autopsie
Drowning Open Water/ Noyade, eaux libres	5	5
Cuts, Stabs/ Coupures, coups de poignard	1	1
Shooting - Rifle/ Fusillade, carabine	36	29
Shooting - Shotgun/ Fusillade, fusil de chasse	10	6
Shooting - Handgun/ Fusillade, arme de poing	1	1
Fall or jump - different level/ Chute ou saut - d'un niveau différent	1	1
Hanging/ Pendaison	29	22
Vehicle Exhaust/ Échappement d'un véhicule	8	6
Drugs/ Drogues	6	6
Poison or Solvent/ Poison ou solvant	1	1
Total	**98**	**78**

Suicide
Schedule "C.2" / Tableau "C.2" - 1991

Death Factors/ Description du facteur de mortalité	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total Method/ Total des Moyens	Percentage of Total/ Pourcentage du Total
	M H	F/ F	M H	F/ F	M H	F/ F	M H	F/ F	M H	F/ F	M H	F/ F	M H	F/ F				
Drowning Open Water/ Noyade, eaux libres	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	3	5	5.10
Cuts, Stabs/Coupures, coups de poignard	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1.02
Shooting-Rifle/ Fusillade, carabine	0	2	6	1	8	2	7	0	5	0	1	1	3	0	30	6	36	36.73
Shooting-Shotgun/ fusil de chasse	2	0	2	0	2	1	1	1	0	0	0	0	1	0	8	2	10	10.20
Shooting-Handgun/ Fusillade, arme de poing	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1.02
Fall or jump - different level/Chute ou saut - d'un niveau différent	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1.02
Hanging/ Pendaison	5	0	5	2	9	0	2	0	4	0	0	0	2	0	27	2	29	29.59
Vehicle Exhaust/ Échappement d'un véhicule	0	0	3	0	1	0	0	1	1	0	2	0	0	0	7	1	8	8.16
Drugs/Drogues	0	0	2	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	4	2	6	6.12
Poison or Solvent/ Poison ou solvant	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1.02
Total	7	2	18	4	24	4	12	5	11	0	3	1	6	1	81	17	98	
Male/Hommes	7		18		24		12		11		3		6		81			
Female/Femmes		2		4		4		5		0		1		1		17		
Total Age Group/ Total par groupe d'âge	9		22		28		17		11		4		7					
% of Total/ % du Total	**9.18**		**22.44**		**28.57**		**17.34**		**11.22**		**4.08**		**7.14**					

Suicides
Schedule "C.3" / Tableau "C.3" - 1991

Judicial District/ Circonscription Judiciaire	0-19		20-30		31-40		41-50		51-60		61-70		Over 70/ Plus de 70		Total Male/ Hommes	Total Female/ Femmes	Total For District/ Total par Circons-cription	Percentage of Suicides/ Pourcentage de Suicides
	M H	F/ F	M H	F/ F	M H	F/ F	M H	F/ F	M H	F/ F	M H	F/ F	M H	F/ F				
Bathurst	2		2	2	3		1	1	2				1		11	3	14	14.29
Campbellton	1		3		3	1	2	1	3						12	2	14	14.29
Edmundston	1		3	1	2			1							7	1	8	8.16
Fredericton	1		1	1	3		1	1	2		1		1		10	2	12	12.24
Moncton			8		5	1	4	1	2		1			1	20	3	23	23.47
Newcastle	1	1	1		3		2								7	1	8	8.16
Saint John	1	1	3	1	3	1		1	1		1	1	1		10	5	15	15.31
Woodstock					1				1				2		4		4	4.08

National Suicide Rates Per 100,000 Population of Canada / Taux national canadien de suicide par 100 000 habitants

Schedule "C.4" / Tableau "C.4" - 1991

1979 - 1989

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
National Rate/ Taux national	14.1	14.0	14.0	13.9	15.1	13.7	12.9	14.5	14.0	13.5	13.3
Nfld / T.-N.	04.4	03.4	4.2	6.0	6.2	6.7	4.0	4.0	4.9	7.7	5.1
PEI / I.-P.-É.	13.1	11.4	7.4	8.9	12.9	12.0	3.6	11.1	8.6	10.1	8.5
NS / N.-É.	12.6	11.5	10.9	12.2	12.1	9.9	12.0	10.8	12.6	12.0	10.9
NB / N.-B.	12.1	11.6	11.1	12.9	14.2	12.6	12.0	13.5	10.5	15.1	11.7
Que / QC	15.4	14.8	16.4	16.5	18.5	15.7	17.1	17.6	17.9	16.4	15.6
Ont / Ont.	13.0	13.1	12.5	12.7	12.9	12.3	11.4	12.4	11.5	11.1	11.9
Man / Man.	14.7	11.8	14.0	13.4	15.8	12.7	11.9	14.3	15.8	14.2	14.6
Sask / Sask.	14.9	15.9	17.7	17.5	14.9	13.5	13.0	13.7	13.0	14.3	12.3
Alta / Alb.	15.4	18.1	15.9	16.2	16.7	17.2	12.6	17.9	16.1	16.7	14.9
BC / C.-B.	16.2	14.8	14.5	15.0	14.8	13.4	10.4	14.7	14.1	12.7	13.7
Yukon / Yuk.	27.0	50.0	22.0	29.0	36.0	23.0	35.0	43.0	28.6	27.8	19.8
NWT / T.N.-O.	18.0	20.0	22.0	17.0	43.0	34.0	25.0	29.0	28.9	40.2	58.2

Source: Statistics Canada / Statistique Canada

Note: NB suicide rates for 1990 - 12.2 based on a population of 722,400 and for 1991 - 13.5 based on a population of 723,900 / Le taux de suicide pour l'année 1990 - 12,2 sur une population de 722,400 (en tenant compte qu'il s'agit du taux national calculé sur 100 000 habitants) et pour l'année 1991 - 13,5 sur une population de 723 900 (en tenant compte qu'il s'agit du taux national calculé sur 100 000 habitants)

Source: New Brunswick Statistics / Statistique Nouveau-Brunswick

Homicide Deaths - Schedule "D" - 1991
Morts par homicides - Tableau "D" - 1991

Environment Description/ Description du lieu d'occurrence	Deaths/ Nombre de décès	Autopsy Performed/ Autopsies
Custody Federal Inst./ Garde dans un établissement fédéral	1	1
Living Inside, Residence or on Property/Personnes vivant à l'intérieur, en résidence ou sur un bien	9	9
Inside, Other than Residence (Mall, Tavern, Restaurant)/ Personnes vivant à l'intérieur, autre que dans une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	2	2
Rural Outdoors (not built up place or near residence)/ Personnes vivant à l'extérieur en milieu rural (à l'écart d'un bâtiment ou d'une résidence)	3	2
Total	**15**	**14**

Homicide Deaths - Schedule "D.1" - 1991/
Morts par homicides - Tableau "D.1" - 1991

Death Factor Description/ Description du facteur de mortalité	Deaths/ Nombre de décès	Autopsy Performed/ Autopsies
Cuts, Stabs/ Coupures, coups de poignard	6	5
Blunt Trauma, Beating/ Traumatisme contondant, volée de coups	2	2
Shooting - Rifle/ Fusillade, carabine	2	2
Shooting - Handgun/ Fusillade, arme de poing	2	2
Shooting - Unspecified/ Fusillade, arme non identifiée	1	1
Strangulation/ Étranglement	2	2
Total	**15**	**14**

Natural Deaths - Schedule "E" - 1991 / Morts naturelles - Tableau "E" - 1991

Environment Description/ Description du lieu d'occurrence	Deaths/ Nombre de décès	Autopsy Performed/ Autopsies
Construction/ Chantier de construction	1	1
Railway Worker, Employee of Railroad/ Travailleur du rail, cheminot	1	1
Office Worker/ Employé de bureau	1	1
Other Work Place/ Autre lieu de travail	4	3
Hunting/ Chasse	1	1
Fishing/ Pêche	1	1
Gymnasium/Health Club/ Gymnastique/clud de conditionnement	1	0
Other Recreation (including race tracks)/ Autres moyens de récréation (y compris les hippodromes)	4	3
Community Residence/ Établissement résidentiel communautaire	1	1
Psychiatric Hospital/ Hôpital psychiatrique	7	2
Nursing Home/ Foyer de soins	81	10
Unliscenced Residential Homes (Retirement, Rest, etc.)/ Foyers sans permis (maison de retraite, de repos, autres)	2	1
Rehabilitation Facility/ Centre de réadaptation	1	1
Hospital Emergency - DOA/ Salle d'urgence - victime morte à l'arrivée	23	14

Natural Deaths - Schedule "E" - 1991 (con't)/
Morts naturelles - Tableau "E" - 1991 (suite)

Environment Description/ Description du lieu d'occurrence	Deaths/ Nombre de décès	Autopsy Performed/ Autopsies
Hospital Emergency - Non - DOA/ Salle d'urgence - victime vivante à l'arrivée	126	48
Hospital Operating Room/ Salle d'opération	18	5
Hospital Post Op (recovery room)/ Salle de réveil	6	3
Hospital Other (ward, ICU, etc.)/ Autres services à l'hôpital (unité, soins intensifs, autres)	373	119
Hospital - Chronic Care/ Hôpital - unité pour maladies chroniques	1	0
Homes for Special Care/ Foyers de soins spéciaux	1	1
Custody Federal Inst./ Garde dans un établissement fédéral	2	0
Hospital - For Pronouncement/ Hôpital (pour la constation du décès)	3	0
Living Inside, Residence or on Property/ Personnes vivant à l'intérieur, en résidence ou sur un bien	589	239
Hotel/Hôtel	1	0
Motel/Motel	1	1
Inside, Other than Residence (Mall, Tavern, Restaurant)/ Personnes vivant à l'intérieur, autre que dans une résidence (centre commercial, brasserie, restaurant)	12	5
School - Pupil (not Employee)/ École - élève (employés exclus)	1	1
Urban Outdoors - public place and other (not residence)/ Personnes vivant à l'extérieur en milieu urbain - place publique et autres (non résidentiel)	7	4

Natural Deaths - Schedule "E" - 1991 (con't)/
Morts naturelles - Tableau "E" - 1991 (suite)

Environment Description/ Description du lieu d'occurrence	Deaths/ Nombre de décès	Autopsy Performed/ Autopsies
Rural Outdoors (not built up place or near residence)/ Personnes vivant à l'extérieur en milieu rural (à l'écart d'un bâtiment ou d'une résidence)	9	6
Rooming/Boarding House/ Halfway Home/Group Home/ Chambre louée/maison de pension/ maison de transition/foyer de groupe	1	1
Tree Cutting/ Coupe des arbres - privée	1	0
Public Rd - Driver/ Route publique - conducteur	5	4
Public Rd - Passenger/ Route publique - passager	3	2
Public Rd - Pedestrian/ Route publique - piéton	4	2
Ambulance/ Ambulance	2	1
Total	**1,295**	**482**

Natural Deaths - Schedule "E.1" - 1991/
Morts naturelles - Tableau "E.1" - 1991

Death Factor Description/ Description du facteur de mortalité	Deaths/ Nombre de décès	Autopsy Performed/ Autopsies
Aspiration/ Asphyxie	1	1
Drugs and Alcohol/ Drogues et alcool	1	1
Natural Disease/ Maladie naturelle	1,285	472
Sudden Infant Death Syndrome/ Mort subite du nourrisson	8	8
Total	**1,295**	**482**

Undetermined Deaths - Schedule "F" - 1991/
Morts d'origine inconnue - Tableau "F" - 1991

Environment Description/ Description du lieu d'occurence	Deaths/ Nombre de décès	Autopsy Performed/ Autopsies
Apartment/Condominum/ Appartement/Condominium	1	1
Total	1	1

Undetermined Deaths - Schedule "F.1" - 1991
Morts d'origine inconnue - Tableau "F.1" - 1991

Death Factor Description/ Description du facteur de mortalité	Deaths/ Nombre de décès	Autopsy Performed/ Autopsies
Shooting - Handgun/Fusillade - arme de poing	1	1
Total	1	1

(D) Summary of Inquests and Recommendations

Inquest no. 1

On January 9 an inquest was held in Hampton into the death of a 20 year old woman who died in June 90 as a result of a head-on collision with another automobile on Route 710 (the Kingston Peninsula) in Queen's County, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from haemorrhagic shock from massive internal bleeding. The manner of death was described as accidental resulting primarily from the absence of any marking to indicate the centre of the road in rural areas.

The recommendations of the jury which were forwarded to Hon. Raymond Frenette, Minister of Health and Community Services, Hon. Sheldon Lee, Minister of Transportation, the Executive Director of the St. John Ambulance, the Director of Ambulance Services in the Department of Health and Community Services, the President of the New Brunswick Ambulance Operators Association and to the RCMP Headquarters in Fredericton were as follows:

1. "Emergency dispatchers be equipped with telephone service which will display the number of the incoming call.

2. That emergency dispatchers be able to cross-reference the telephone number to an actual geographic location or residence.

3. Up-to-date road maps be part of standard operating equipment in emergency operation centres and emergency vehicles.

4. That people involved in emergency operations be equipped with hand held radios.

5. That rural area residences be identified by a reflective numbering system similar to that in the Burton area.

6. That a road sign indicating "blind knoll" be established at the accident area.

7. A study be made into re-establishing the operation of the ambulance service in the Cambridge Narrows area.

D. Résumé des enquêtes et des recommandations

Enquête no 1

Le 9 janvier à Hampton, une enquête a eu lieu sur le décès d'une femme de 20 ans survenu en juin 1990 lorsque son véhicule est entré en collision frontale avec une autre automobile sur la route 710 (péninsule Kingston) dans le comté de Queens au Nouveau-Brunswick.

Le jury a conclu que la mort avait été causée par le choc hémorragique découlant d'une hémorragie interne massive. On a classé le décès comme accidentel, et l'accident a été principalement attribué à l'absence de toute marque pour indiquer le centre de la route dans les régions rurales.

Les recommandations du jury ont été transmises à M. Raymond Frenette, ministre de la Santé et des Services communautaires, à M. Sheldon Lee, ministre des Transports, au directeur de l'Ambulance Saint-Jean, au directeur des Services d'ambulance, ministère de la Santé et des Services communautaires, au président de l'Association des opérateurs ambulanciers du Nouveau-Brunswick et au bureau central de la GRC à Fredericton. Les recommandations s'établissaient comme suit :

1. Munir les répartiteurs d'urgence d'un dispositif téléphonique qui affiche le numéro de la communication d'arrivée.

2. Utiliser des répartiteurs d'urgence qui associent le numéro de téléphone à un point réel, comme un lieu géographique ou un domicile.

3. Inclure des cartes routières récentes dans le matériel d'intervention normal des postes d'urgence et des véhicules de secours.

4. Fournir des émetteurs-récepteurs manuels au personnel d'intervention d'urgence.

5. Identifier les domiciles des régions rurales avec des chiffres réfléchissants, comme c'est le cas dans le secteur de Burton.

6. Installer sur les lieux de l'accident un panneau routier qui indique une «montée sans visibilité».

7. Examiner les possibilités de rétablir le service d'ambulance dans la région de Cambridge-Narrows.

8. There should be some sort of marking to indicate the centre of the road in rural areas, or at a minimum, knolls and curves be stripped.

9. Once an emergency vehicle arrives at the sight of an accident there should be a confirmation made by emergency personnel as to the exact location to aid other emergency vehicles.

10. The training of ambulance personnel should be upgraded so as to allow them to administer I.V.'s and other emergency treatment under the guidance of a physician.

11. That the age limit of 65 (sixty-five) years of age for volunteer ambulance attendants be addressed, especially in the situation where it means the difference between its operation or closure."

In addition and for greater certainty, the coroner made the following recommendations, some of which to a certain extent overlap the recommendations made by the jury as follows:

1. "That the recommendations contained in the "Final Report on Ambulance Services in New Brunswick" by the Special Committee on Social Policy Development should be implemented. Specifically:

   (i) There should be no place within the Province where one should have to wait more than 30 minutes for ambulance services.

   (ii) There should be improved training and equipment for ambulance attendants. There should be one minimum level and one standard of service throughout the province.

   (iii) Ambulance service should be the responsibility of the Department of Health and Community Services which should regulate the service.

2. There should be a review of current policy and procedures regarding emergency communication services in the Province. Some aspects which should be considered are:

   (i) The training of operators and regular users;

   (ii) Appropriate numbers of operators on duty at all times;

8. Utiliser un marquage quelconque pour indiquer le centre de la route dans les régions rurales, ou du moins tracer une bande centrale dans les montées et dans les courbes.

9. Lorsqu'un véhicule de secours arrive sur les lieux d'un accident, le personnel d'intervention d'urgence doit confirmer l'emplacement exact de l'accident afin d'orienter les autres véhicules de secours.

10. Améliorer la formation des ambulanciers pour qu'ils puissent administrer des injections par voie intraveineuse et d'autres traitements sous la direction d'un médecin.

11. Réexaminer l'âge limite de 65 ans pour les bénévoles des services d'ambulance, surtout dans les cas où la participation de ces bénévoles peut faire la différence entre le maintien ou l'abandon du service.

En outre, le coroner a ajouté, pour plus de certitude, les recommandations suivantes; certaines peuvent recouper un peu les recommandations faites par le jury.

1. Mettre en oeuvre les recommandations faites par le comité spécial sur l'élaboration de la politique sociale et incluses dans le rapport final des Services d'ambulance du Nouveau-Brunswick, notamment:

   (i) Faire en sorte que l'attente pour les services d'ambulance ne dépasse pas trente minutes partout dans la province.

   (ii) Améliorer la formation et le matériel des ambulanciers. Les services d'ambulance doivent se conformer à une norme et à un niveau minimal de qualité dans l'ensemble de la province.

   (iii) Les services d'ambulance doivent relever du ministère de la Santé et des Services communautaires, qui se charge de les administrer.

2. Examiner la politique et les procédures actuelles en ce qui concerne les services de communications d'urgence dans la province, et notamment les aspects suivants:

   (i) la formation des opérateurs et des usagers habituels;

   (ii) le nombre approprié d'opérateurs en service en tout temps;

(iii) The resources available to operators to assist them in pinpointing accident locations and to assist them in giving accurate directions to emergency responders, eg. computer access to road maps.

3. There should be a review of current policy regarding road signs and markings on rural routes in New Brunswick."

The Minister of Health and Community Services responded that departmental staff have been asked to review the report and once completed will follow-up concerning the feasibility of implementing the recommendations.

The Minister of Transportation responded to recommendation #6 that Route 710 presently has a centre line stripe and arrangements have been made to erect "Blind Hill" signs near the accident area. With regards to recommendation #8, the Department follows the guidelines and warrants contained in the Manual of Uniform Traffic Control Devices for Canada for signing and striping and that the striping program is dependent upon available resources.

The Acting Executive Director of the St. John Ambulance responded to recommendations 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10 and 11 made by the jury and recommendations 1 and 2 made by the presiding coroner as follows:

Jury recommendations:

1. This is a good idea if/when it is technically possible in New Brunswick.

2. This will be possible under enhanced 911 if/when it is introduced in New Brunswick.

3. This is quite possible if a central agency in New Brunswick is assigned the responsibility of ensuring that these are in place.

4. We are uncertain of the intent of this recommendation. The limited range of many portable radios could limit their usefulness.

5. This would be very helpful.

7. We understand that a study is now underway.

(iii)les ressources accessibles aux opérateurs pour leur permettre de situer exactement les lieux de l'accident et d'orienter avec exactitude le personnel d'intervention d'urgence, par exemple un accès informatique aux cartes routières.

3. Réviser la politique en vigueur concernant la signalisation et le marquage des routes rurales du Nouveau-Brunswick.

Le ministre de la Santé et des Services communautaires a fait savoir que le personnel du Ministère examine le rapport, et que l'on déterminera ensuite la mesure dans laquelle il est possible de mettre les recommandations en oeuvre.

En ce qui concerne la sixième recommandation, le ministre des Transports a indiqué qu'une bande centrale est actuellement tracée sur la route 710 et que des mesures ont été prises pour installer des panneaux indiquant une «montée sans visibilité» près des lieux de l'accident. Pour ce qui est de la huitième recommandation, le Ministère respecte les lignes directrices et les autorisations indiquées dans «l'Instruction générale sur la signalisation routière au Canada» en ce qui concerne la signalisation et le marquage des routes, et le programme de marquage des routes dépend des ressources disponibles.

Le directeur intérimaire de l'Ambulance Saint-Jean a donné son avis pour les recommandations 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10 et 11 faites par le jury et les recommandations 1 et 2 faites par le coroner.

Réponses aux recommandations du jury

1. La suggestion est bonne et doit être appliquée si les capacités techniques le permettent au Nouveau-Brunswick.

2. Cette mesure sera possible lorsqu'on disposera d'un réseau 911 amélioré au Nouveau-Brunswick.

3. Il est facile de donner suite à la recommandation en confiant cette tâche à un organisme central du Nouveau-Brunswick.

4. Nous sommes perplexes au sujet de cette recommandation. Le champ de diffusion limité de nombreux postes émetteurs-récepteurs pourraient restreindre leur utilité.

5. Cette mesure serait très utile.

7. Nous savons que cette possibilité est actuellement à l'étude.

9. A directive has now been issued to St. John Ambulance Services instructing that this is to be done.

10. This would require constant supervision from physicians and constant training of personnel to keep skill levels up to standard. This would be difficult as usage would be infrequent.

11. The physical demands on ambulance attendants are considerable and require a person to be in good physical condition. There has to be an age limit stipulated and age 65 is considered a maximum.

Coroner's recommendations:

1. (i) This is ideal, however the distance of some areas from services makes this impossible at present. Also the feasibility of this is hindered by small populations in many remote areas.

1. (ii) Efforts are being made by the Department of Health and Community Services, St. John Ambulance, and many other groups to achieve this.

1. (iii) Ambulance service in New Brunswick is moving in this direction and the result should ensure a more uniform level of service.

2. (i) This is currently in effect for Ambulance Services.

2 (ii) Efforts are always made to ensure that this is the case.

2 (iii) This is supported, however computer access to road maps would not be feasible in many rural communities at this time.

The Commanding Officer of the Royal Canadian Mounted Police "J" Division (NB) responded to recommendations 1, 2, 3 and 9, which are directly applicable to the R.C.M.P., indicating that the Informatics Branch personnel will review the recommendations and institute the changes required as soon as possible.

9. Une directive a été transmise au service de l'Ambulance Saint-Jean pour qu'il donne suite à cette recommandation.

10. Il faudrait compter sur une surveillance constante des médecins et prévoir la formation régulière du personnel pour maintenir les compétences au niveau exigé. Cet objectif est difficile à atteindre puisque l'application de ces traitements n'est pas fréquente.

11. Les ambulanciers sont appelés à fournir de grands efforts, et leur condition physique doit être bonne. Il faut donc établir un âge limite, et 65 ans est considéré comme l'âge maximal.

Réponses aux recommandations du coroner

1. (i) Un tel résultat serait idéal, mais la distance entre certaines régions et les postes d'urgence ne permet pas actuellement de respecter ce délai. Il est également impossible d'offrir un service rapide aux petites populations de nombreux endroits éloignés.

1. (ii) Ces améliorations font actuellement partie des objectifs du ministère de la Santé et des Services communautaires, de l'Ambulance Saint-Jean et de nombreux autres groupes.

1. (iii) Les Services d'ambulance au Nouveau-Brunswick ont adopté cette orientation, ce qui rendra normalement le service plus uniforme.

2. (i) Cette formation est actuellement offerte aux Services d'ambulance.

2. (ii) On cherche toujours à appliquer cette recommandation.

2. (iii) Nous sommes d'accord, mais l'accès informatique aux cartes routières n'est pas actuellement possible dans de nombreuses localités rurales.

Le commandant de la division «J» de la GRC (N.-B.) s'est prononcé sur les recommandations 1, 2, 3 et 9, qui s'appliquent directement à la GRC, et il a indiqué que le personnel de la Direction de l'informatique étudiera les recommandations et apportera les changements nécessaires dès que possible.

Inquest no. 2

On February 19 an inquest was held in Newcastle into the death of a 33 year old man who died in May 90 as a result of an industrial accident on a bridge in Chatham, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from drowning and was accidental. The deceased was operating a manlift on a bridge and was thrown into the river due to a malfunction in the electrical system.

There were a number of concerns which emerged from the testimony during the inquest which were not included in the jury's recommendations but are worth mentioning, notably that:

1. The piece of equipment had been substituted by the supplier instead of the particular equipment actually ordered for the job yet in spite of that substitution the equipment was accepted for use. As well, regarding the tendering or ordering procedure, there apparently was nothing in writing as the ordering was done verbally;

2. The operators and supervisors using this equipment were not sufficiently familiar with how the equipment worked or with the safety systems.

3. Some safety regulations relating to use of equipment were not being adhered to; and

4. The investigators were unable to identify who was responsible for modifying the safety systems.

The recommendations and concerns of the jury were forwarded to the Chairperson of the Occupational Health and Safety Commission, Hon. Michael G. McKee, Minister of Labour, Hon. Russell H. T. King, Minister of Advanced Education, Hon. Sheldon Lee, Minister of Transportation and to the RCMP Headquarters in Fredericton, and were as follows:

1. "That specifications, compliance and tendering are to be adhered to. All substitutions should be disallowed without prior formal approval.

2. Sufficient supervised training for the operators and supervisors. Operators and supervisors should be certified by a regulatory body.

Enquête no 2

Le 19 février à Newcastle, une enquête a eu lieu sur le décès d'un homme de 33 ans survenu en mai 1990 par suite d'un accident industriel sur un pont à Chatham (N.-B.).

Le jury a conclu que la noyade était la cause de la mort et que le décès était accidentel. La victime était aux commandes d'un monte-hommes sur un pont, et elle a été projetée dans la rivière par suite d'une défectuosité dans le système électrique.

Un certain nombre de déclarations faites durant l'enquête ne faisaient pas partie des recommandations du jury, mais il est bon de mentionner les suivantes :

1. Le monte-hommes utilisé n'était pas le modèle qui avait été commandé au fournisseur pour le travail en question, mais il a été accepté et utilisé malgré la substitution. De plus, en ce qui concerne l'appel d'offres et la commande, rien ne semble avoir été mis par écrit et la commande aurait seulement été faite de vive voix.

2. Les opérateurs et les surveillants en charge de cette machine ne connaissaient pas suffisamment son mode de fonctionnement ni les systèmes de sécurité connexes.

3. Certaines règles de sécurité touchant la conduite de la machine n'ont pas été respectées.

4. Les enquêteurs n'ont pu déterminer qui avait modifié le système de sécurité.

Les recommandations et observations du jury ont été transmises à la présidente de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail, à M. Micheal G. McKee, ministre du Travail, à M. Russell H.T. King, ministre de l'Enseignement supérieur, à M. Sheldon Lee, ministre des Transports, et au bureau central de la GRC à Fredericton. Elles s'établissaient comme suit :

1. Les spécifications, les règles et les conditions d'appel d'offres doivent être respectées. Toute substitution doit être interdite tant que l'on n'a pas reçu d'autorisation officielle.

2. Les opérateurs et les surveillants doivent avoir acquis une formation structurée suffisante et posséder un certificat décerné par un organisme de réglementation.

3. Strict compliance with existing Department of Labour standards, i.e. safety regulations pertaining to equipment.

4. That further investigation is warranted."

The Executive Director of Health and Safety Services of the Occupational Health and Safety Commission responded to each of the recommendations in the following manner:

Re Recommendation #1:

DOT has developed a specification for use in renting equipment of the nature being used for bridge maintenance. Included in the specification is the requirement for equipment to be checked upon arrival at the project site by a factory qualified mechanic.

Re Recommendation #2:

The factory qualified representative of the leasor is also required by the specifications to provide operator instruction for maintenance and safe operation. Initial discussions have been held with Advanced Education and Training concerning the development of safety training modules for cranes and manlifts. The wide variety of equipment types will delay an actual operator certification program for some time but OHSC will continue efforts to have generic operator safety training developed for cranes and manlifts.

Re Recommendation #3:

The recommendations related to "Strict compliance with existing Department of Labour Standards" is presumed to mean OHSC regulations in relation to the operation of safety equipment, switches, etc. OHSC officers have been instructed to check the operation of safety equipment during their inspections. During the past year there have been two successful prosecutions regarding safety equipment having been disconnected. It is also intended that a safety bulletin be issued regarding maintenance of safety equipment on machinery.

Re Recommendation #4:

While questions remained unanswered in this investigation concerning responsibility for disconnection of the safety device, it is our feeling that points have been made with

3. Il faut observer rigoureusement les normes adoptées par le ministère du Travail, et notamment les règles de sécurité en ce qui concerne l'équipement.

4. Il faut pousser l'enquête plus avant.

Le directeur des Services d'hygiène et de sécurité, Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail, a donné la réponse suivante pour chaque recommandation.

1re recommandation

Le ministère des Transports a élaboré un devis descriptif touchant la location du genre d'équipement utilisé pour l'entretien des ponts. Le devis descriptif indique que l'équipement doit être vérifié par un mécanicien compétent en machines industrielles lorsqu'il arrive sur les lieux de travail.

2e recommandation

Selon le devis descriptif, la personne compétente en machines industrielles qui représente le locateur doit fournir à l'opérateur les indications voulues pour assurer la conduite sécuritaire et l'entretien de la machine. On a demandé au ministère de l'Enseignement supérieur et de la Formation de constituer des modules de cours sur la sécurité pour les grues et les monte-hommes. Le programme même d'attribution des certificats aux opérateurs sera retardé à cause du très grand nombre de machines en usage, mais la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail continuera d'exiger un cours général sur la sécurité pour les opérateurs de grues et de monte-hommes.

3e recommandation

La recommandation concernant l'observation rigoureuse des normes adoptées par le ministère du Travail s'applique probablement aux règles de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail qui touchent le fonctionnement de l'équipement de sécurité, les interrupteurs, etc. Les agents de la Commission ont été avisés de vérifier le fonctionnement de l'équipement de sécurité durant leur inspection. Au cours de l'année écoulée, deux poursuites ont été gagnées en ce qui concerne le débranchement de matériel de sécurité. On se prépare également à publier un bulletin sur la sécurité en ce qui concerne l'entretien et le matériel de sécurité des machines.

4e recommandation

L'enquête n'a pas élucidé toutes les questions concernant le responsable du débranchement du dispositif de sécurité, mais nous considérons avoir marqué des points auprès des fournisseurs et des

suppliers and users concerning the responsibility for equipment safety and the training of operators.

The Minister of Advanced Education and Training, Russell H.T. King, responded to recommendation #2 that training for the operators of equipment such as the manlift is offered at community colleges and that whenever such training is given, the instructional guidelines related to the safe operation of equipment are followed. All of the colleges would be advised of this recommendation.

The R.C.M.Police responded that they had reviewed the investigation and concluded that additional investigation unlikely would reveal any new information; in particular, they were unable to identify who may have altered the safety mechanism on the equipment.

Inquest no. 3

On February 23 an inquest was held in Tracadie into the death of two women in their early twenties, one being the driver and the other the passenger in one of two vehicles involved in a motor vehicle accident in July 90 at Losier Settlement, New Brunswick.

The jury found that the deaths resulted from burns. The manner of death was described as accidental resulting primarily when the deceased driver's view of the highway was somewhat obstructed by a sign when exiting from the parking lot onto the main highway resulting in a collision with another vehicle.

The recommendation of the jury which was forwarded to Hon. Sheldon Lee, Minister of Transportation, was as follows:

1. "As the illuminated sign probably obstructed the view of the driver, we recommend that these signs be placed further away from the highway."

The Minister of Transportation replied that the Department of Transportation has embarked on a program of enforcing the elimination of illegal signs from the highway right-of-way. He also indicated that the enforcement program has been successful.

utilisateurs en ce qui concerne la responsabilité en matière de matériel de sécurité et la formation des opérateurs.

Pour la deuxième recommandation, le ministre de l'Enseignement supérieur et de la Formation, M. Russell H.T. King, a fait savoir qu'un cours sur le fonctionnement de machines comme le monte-hommes est offert au Collège communautaire, et que le cours comprend l'application de lignes directrices concernant le fonctionnement sécuritaire du matériel. Tous les collèges seront mis au courant de cette recommandation.

La GRC a fait savoir qu'elle avait étudié les éléments de l'enquête et conclu qu'une nouvelle enquête n'apporterait probablement rien de nouveau; elle a surtout signalé qu'il a été impossible de déterminer qui avait débranché le mécanisme de sécurité sur la machine.

Enquête no 3

Le 23 février à Tracadie, une enquête a eu lieu sur le décès de deux femmes d'un peu plus de 20 ans, soit la conductrice et la passagère d'un des deux véhicules impliqués dans un accident de la route en juillet 1990 à Losier Settlement (N.-B.).

Le jury a conclu que les brûlures étaient la cause de la mort. Les décès ont été classés comme accidentels, et ils seraient principalement attribuables au fait que la conductrice décédée avait la vue partiellement obstruée par un panneau indicateur lorsqu'elle s'est engagée sur la route en sortant d'un terrain de stationnement et qu'elle est entrée en collision avec un autre véhicule.

La recommandation suivante du jury a été transmise à M. Sheldon Lee, ministre des Transports :

1. Comme le panneau indicateur éclairé a probablement obstrué la vue de la conductrice, nous recommandons qu'il soit déplacé à un endroit situé plus à l'écart de la route.

Le ministre des Transports a répondu que le Ministère procède actuellement à l'élimination des panneaux illégaux placés sur l'emprise des routes. Il a ajouté que ce programme a donné de bons résultats.

Inquest no. 4

On February 28 an inquest was held in Moncton into the death of a 43 year old woman who died in June 90 when she was struck by a moving vehicle while walking to her vehicle in a parking lot at Saint Philippe, New Brunswick.

The jury found that the death was the result of multiple injuries and the manner of death was described as accidental.

The recommendations of the jury which were forwarded to Mr. Wendell Firlotte, Chairman of the New Brunswick Liquor Licensing Board, the President of the Weisner Dart Club, and to Mr. Hugh Robicheau, Executive Director of Policing Services, were as follows:

1. We the members of the jury feel that tragedies such as the one involving the deceased could be avoided in the future if more *responsible* and adequate staffing would be present in drinking establishments such as the one referred to today.

2. Also, if a functioning pay phone were made available, maybe the police could have been contacted earlier, in which case, this whole unfortunate tragedy could have been avoided before it got out of control."

The Director of Inspections and Investigations for the Liquor Licensing Board responded to each of the recommendations as follows:

Re Recommendation #1:

Under the Liquor Control Act a licensee is responsible for maintaining control of his patrons from the standpoint of preventing boisterous or disorderly conduct and when violations of this nature occur there are provisions for the Board to hold a hearing for the consideration of sanction in the form of license suspension or cancellation. It would be most difficult or perhaps impossible for the Board to dictate the number of responsible staff that might be required in each licensed establishment dependant upon size and volume of business.

Re Recommendation #2:

The matter of installation of a public pay telephone in licensed premises would be at the discretion of the individual licensees and N.B. Telephone. The Liquor Licensing Board could not dictate in these situations.

Enquête no 4

Le 28 février à Moncton, une enquête a eu lieu sur le décès d'une femme de 43 ans survenu en juin 1990 lorsqu'en se rendant à son véhicule, elle a été frappée par un véhicule en marche dans un terrain de stationnement à Saint-Philippe (N.-B.).

Le jury a conclu que la mort avait été causée par de nombreuses blessures et qu'il s'agit d'un décès accidentel.

Les recommandations du jury ont été transmises à M. Wendell Firlotte, président de la Commission des licences et des permis d'alcool, au président du Weisner Dart Club et à M. Hugh Robicheau, directeur des Services de police. Elles s'établissaient comme suit :

1. Les membres du jury considèrent qu'il serait possible à l'avenir d'éviter ce genre d'issue fatale si les débits de boisson comme celui mentionné dans l'affaire avaient un personnel plus *responsable* et plus *complet*.

2. En outre, la présence sur les lieux d'un téléphone public en bon état aurait peut-être permis de communiquer plus tôt avec la police et d'éviter que toute cette affaire parvienne à l'issue fatale.

Le directeur de la Commission des licences et des permis d'alcool a donné l'avis suivant pour les deux recommandations.

1re recommandation

En vertu de la Loi sur la réglementation des alcools, le détenteur d'une licence ou d'un permis d'alcool a la responsabilité de calmer les clients qui ont un comportement tapageur ou désordonné. Lorsqu'il se produit des infractions de cette nature, la Commission des licences et des permis d'alcool a le pouvoir de tenir une audience pour étudier la prise de sanctions comme la suspension ou l'annulation du permis ou de la licence. Il serait très difficile, voire impossible, pour la Commission de fixer le nombre requis de personnes responsables pour chaque débit autorisé, compte tenu de la taille et de l'achalandage de l'établissement.

2e recommandation

L'installation d'un téléphone public dans les débits autorisés doit être décidée par le détenteur du permis ou de la licence et par NBTel. La Commission des licences et des permis d'alcool ne peut ordonner une telle installation.

The President of the Weisner Dart Club communicated his response to the recommendations by telephone in the following manner:

"That prior to the incident a liquor inspector had been in the club. There was a pay phone just inside the door but the President was unsure of its functioning status at the time and the rowdy persons mentioned during the inquest have been barred from the Club."

Inquest no. 5

On February 13 an inquest was held in St. Stephen into the death of a 47 year old man who died in October 90 as a result of a domestic dispute at St. Stephen, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from a gunshot by another person in self defence.

The recommendation of the jury which was forwarded to Ms. Jeanne D'Arc Gaudet, Chairperson, New Brunswick Advisory Council on the Status of Women, the Hon. Frank McKenna, Premier, Province of New Brunswick, The Hon. Raymond Frenette, Minister of Health and Community Services, the Hon. James Lockyer, Attorney General, the Hon. Conrad Landry, Solicitor General, the Hon. Laureen Jarrett, Minister of Income Assistance, the Hon. Shirley Dysart, Minister of Education, Mr. Hugh Robicheau, the Director of Policing Services, Mr. Eugene Niles, Chairman/Executive Director, Mental Health Commission, and Ms. Ellen King, Deputy Minister, Women's Directorate, was as follows:

1. "That the Province of New Brunswick continue to support educational programs informing the public about the problems of domestic violence."

The Hon. Frank McKenna acknowledged that domestic violence is an issue of great concern to the government and that a number of initiatives to deal with this problem have been put into place. After consultation with the Department of the Solicitor General, Justice and the Women's Directorate, a sub-committee of the Interdepartmental Committee on Family Violence was established and through their work a proposal was presented to the Policy and Priorities Committee of Cabinet and to the Budget Committee where it was accepted in principle and the Departments of Justice, Solicitor General and

Le président du Weisner Dart Club a donné l'avis suivant par téléphone à la suite des recommandations:

Un inspecteur de la Commission des licences et des permis d'alcool était venu au Club avant l'incident. Il y avait un téléphone public près de la porte à l'intérieur, mais le président du Club n'est pas sûr qu'il fonctionnait bien. Les personnes tapageuses citées durant l'enquête ont été rayées du Club.

Enquête no 5

Le 13 février à St. Stephen, une enquête a eu lieu sur le décès d'un homme de 47 ans survenu en octobre 1990 par suite d'une querelle de ménage à St. Stephen (N.-B.).

Le jury a conclu que la victime avait été atteinte d'un coup de fusil tiré par une autre personne en état de légitime défense.

La recommandation du jury a été transmise à M^me^ Jeanne-d'Arc Gaudet, présidente du Conseil consultatif sur la condition de la femme au Nouveau-Brunswick, à M. Frank McKenna, premier ministre du Nouveau-Brunswick, à M. Raymond Frenette, ministre de la Santé et des Services communautaires, à M. James Lockyer, procureur général, à M. Conrad Landry, Solliciteur général à M^me^ Laureen Jarrett, ministre de l'Aide au revenu, à M^me^ Shirley Dysart, ministre de l'Éducation, à M. Hugh Robicheau, directeur des Services de police, à M. Eugene Niles, président et directeur de la Commission de la santé mentale, et à M^me^ Ellen King, sous-ministre, Direction générale de la condition féminine. La recommandation s'établissait comme suit :

1. La province du Nouveau-Brunswick doit continuer à appuyer les programmes d'information du public sur les problèmes causés par la violence familiale.

Le premier ministre McKenna a indiqué que le gouvernement s'intéressait beaucoup à cette question de violence familiale, et qu'un certain nombre de mesures ont été prises pour traiter le problème. Après consultation avec le ministère du Solliciteur général, avec le ministère de la Justice et avec la Direction générale de la condition féminine, on a établi un sous-comité relevant du Comité interministériel sur la violence familiale; à la suite des travaux du sous-comité, une proposition a été présentée au Comité des politiques et des priorités du Cabinet ainsi qu'au Comité du budget, et elle a été acceptée en principe. Il a ensuite été décidé que le ministère de la Justice, le ministère du Solliciteur

Women's Directorate are pursuing, with the Federal Government and the private sector, financial support to implement this initiative.

The Hon. Raymond Frenette also replied that the Interdepartmental Committee on Family Violence Sub-Committee are mandated to produce a Public Awareness Action Plan which would do much to reduce the incidence of family violence by sensitizing society to the problem and identifying available services that can be of help.

The Hon. James Lockyer replied that his Department fully supports the recommendation of the jury and are presently in the process of implementing the interdepartmental recommendation through the establishment of priorities within each department. Regional training sessions were planned to take place throughout the Province in the Spring of 1991. In the area of prevention, the Province intends to launch a media campaign to inform the public about the problems of domestic violence.

The Hon. Shirley Dysart replied that New Brunswick educators are frequently required to deal with the effects of this violence on the children and youths of our Province and it does not remain solely within the home. The Department of Education is strongly committed to the task of developing a preventative educational curriculum for our children and youth, with the goal of breaking the cycle of violence in New Brunswick.

The Director of Policing Services responded that the Department of Justice together with his Branch were in the final stages of planning a province-wide tour to contact as many Justice personnel as possible in order to introduce the Women Abuse Dynamics and to review specific protocols, all of which did take place during 1991.

Inquest no. 6

On April 4 an inquest was held in St. George into the death of a 20 year old man who died on October 25, 1990, as a result of an industrial accident at Beaver Harbour, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from dismemberment and the manner of death was described as accidental resulting when the deceased fell into a commercial fish grinder.

général et la Direction générale de la condition féminine cherchent à trouver l'aide financière requise pour mettre ce projet en oeuvre, en collaboration avec le gouvernement fédéral et le secteur privé.

Le ministre Raymond Frenette a aussi indiqué que le sous-comité relevant du Comité interministériel sur la violence familiale a pour mandat de produire un programme de sensibilisation du public qui contribuera beaucoup à réduire la violence familiale en faisant connaître le problème à la population et en désignant les services d'aide accessibles.

M. James Lockyer a mentionné que son ministère appuie entièrement la recommandation du jury, et qu'on se charge actuellement de mettre en oeuvre la recommandation interministérielle par l'établissement de priorités dans chaque service. Des séances de formation ont été planifiées pour toutes les régions de la province au printemps de 1991. En ce qui concerne la prévention, le gouvernement provincial lancera une campagne d'information pour sensibiliser le public au problème de la violence familiale.

La ministre Shirley Dysart a souligné que les enseignants du Nouveau-Brunswick doivent souvent composer avec les effets de cette violence sur les enfants et les jeunes de la province, et que le problème n'est pas strictement limité au foyer. Le ministère de l'Éducation s'emploie activement à élaborer un programme d'éducation préventive pour nos enfants et nos jeunes afin de briser le cycle de la violence au Nouveau-Brunswick.

Le directeur des Services de police a fait savoir que le ministère de la Justice et sa division en étaient aux dernières étapes de la planification d'une visite dans l'ensemble de la province pour rencontrer le plus grand nombre possible de représentants du ministère de la Justice, afin de lancer un mouvement contre la violence faite aux femmes et de réviser certains protocoles; toutes ces activités doivent avoir lieu en 1991.

Enquête no 6

Le 4 avril à St. George, une enquête a eu lieu sur le décès d'un homme de 20 ans survenu le 25 octobre 1990 par suite d'un accident industriel à Beaver Harbour (N.-B.).

Le jury a conclu que la mort était attribuable au démembrement de l'homme, et qu'il s'agit d'un décès accidentel survenu lorsque l'homme est tombé dans un broyeur à poisson commercial.

The recommendations of the jury, which were forwarded to Mrs. Madeline Delaney-LeBlanc, Chairperson, Occupational Health and Safety Commission, and to Mr. Edward McLean, President, Connors Bros. Limited, were as follows:

1. "That all corporations investigate the establishment of an Employee Assistance Program.

2. That the Occupational Health and Safety Commission have adequate manpower to make regular inspections of plants.

3. That regardless of the number of employees (at a given plant), a safety report should be filed on a monthly basis with the (Occupational Health and Safety) Commission in the regular manner, i.e. to all safety officials.

4. That (both internal and external) lines of communication (in or from a given operation) be improved so that all minutes or reports of safety meetings be received on a regular monthly basis by all safety officials - including the Occupational Health and Safety Commission.

5. That a system of checks be put in place so that target dates for safety recommendations are adhered to.

6. That adequate time be provided during regular work hours for any and all safety meetings.

The Occupational Health and Safety Commission replied to each of the recommendations in the following manner:

1. **Establishment of Employee Assistance Programs:** The Commission agrees that EAP's are desirable and strongly encourages their establishment, particularly in workplaces with elevated risks. The Commission has not however adopted a policy of ensuring that EAP's are in effect.

2. **Adequate Occupational Health and Safety Commission Manpower for Regulation Inspections:** An organizational restructuring is taking place at the Occupational Health and Safety Commission to integrate the field duties of education and compliance. This will provide smaller territories for the officers who will focus on both responsibility areas. The Commission attempts to priorize the worksite

Les recommandations suivantes du jury ont été transmises à M^me^ Madeleine Delaney-LeBlanc, présidente de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail, et à M. Edward McLean, président de la Connors Bros. Limited :

1. Toutes les entreprises doivent étudier la possibilité d'établir un programme d'aide aux employés.

2. La Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail doit avoir suffisamment d'employés pour faire l'inspection régulière des usines.

3. Quel que soit le nombre d'employés d'une usine, cette dernière devrait être tenue de remettre chaque mois un rapport de sécurité à la Commission de la santé et de la sécurité au travail, et d'en fournir une copie à tous les responsables de la sécurité.

4. Les voies de communication internes et externes d'un service doivent être améliorées afin que tous les procès-verbaux et les rapports établis à la suite de réunions sur la sécurité soient transmis chaque mois à tous les responsables de la sécurité, y compris la Commission de la santé et de la sécurité au travail.

5. Mettre sur pied un système de vérification pour s'assurer que l'on respecte les échéances des recommandations en matière de sécurité.

6. Prévoir des périodes suffisantes durant les heures régulières de travail pour que les employés assistent à toutes les réunions concernant la sécurité.

La Commission de la santé et de la sécurité au travail a donné les réponses suivantes pour chacune des recommandations.

1. **Établissement d'un programme d'aide aux employés :** La Commission reconnait l'importance des programmes d'aide aux employés et favorise grandement leur mise sur pied, surtout dans les lieux de travail où les risques sont élevés. La Commission n'a toutefois pas adopté de politique pour s'assurer que les entreprises ont adopté un programme d'aide aux employés.

2. **Nombre suffisant d'employés à la Commission de l'hygiène et la sécurité au travail pour assurer des inspections régulières:** Une restructuration organisationnelle à la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail vise à fusionner les tâches d'éducation et d'application de la loi au cours des inspections. Les inspecteurs auront alors des territoires réduits et pourront mieux assumer les deux tâches. La Commission cherche à privilégier

visits related to perceived hazards, rather than "regularize" visits to all worksites.

The Occupational Health and Safety Act places responsibility on employers and workers for workplace health and safety. It is not the intention of the Act that Occupational Health and Safety Commission remove this legislated responsibility by becoming the inspectors of all workplaces. Occupational Health and Safety Commission will however continue to encourage compliance and will provide supportive enforcement of these responsibilities.

3. **Filing of Safety Reports:** It is presumed that the jury is suggesting that Health and Safety Committee minutes be forwarded to the Occupational Health and Safety Commission monthly. At present Joint Health and Safety Committees are only required in workplaces having 20 or more employees, and they are required to file their minutes with Occupational Health and Safety Commission on a monthly basis. This requirement for a Joint Health and Safety Committee is consistent with most jurisdictions but only a few state the minutes are to be submitted.

   There is no current proposal for the Joint Health and Safety Committee establishment to be extended to all workplaces. The twenty worker size is reasonable and manageable.

   The Jury's expectation of Occupational Health and Safety Commission follow-up is of some concern. While our officers do review the minutes to identity major issues, the intention of filing is to ensure that issues are being dealt with at the workplace and that the JHSC is functioning as intended.

4. **Improve Lines of Communication:** The Joint Health and Safety Committee minutes at this worksite had not been distributed to the safety officer. Corrective action was assured by the employer regarding this problem.

   Occupational Health and Safety Commission officers have been instructed to monitor the JHSC minutes from larger worksites in effort to identify issues that are unresolved by the committees.

la visite des endroits potentiellement dangereux plutôt que la visite «régulière» de tous les lieux de travail.

En vertu de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*, les employeurs et les travailleurs sont responsables de maintenir l'hygiène et la sécurité en milieu de travail. Il n'est pas dans l'esprit de la loi que la Commission s'approprie cette responsabilité et fasse l'inspection de tous les lieux de travail. La Commission continuera cependant d'encourager l'observation des mesures de sécurité et de fournir un appui aux employeurs et aux travailleurs pour qu'ils assument ces responsabilités.

3. **Présentation de rapports sur la sécurité :** Le jury veut probablement dire que le procès-verbal des réunions des comités de l'hygiène et de la sécurité doit être transmis chaque mois à la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail. À l'heure actuelle, seules les entreprises de vingt employés ou plus sont tenues d'avoir un comité mixte d'hygiène et de sécurité, et elles doivent présenter chaque mois le procès-verbal de leurs réunions à la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail. La présence d'un comité mixte de l'hygiène et de la sécurité est requise par la plupart des autorités, mais seules quelques-unes exigent la présentation du procès-verbal des réunions.

   On ne prévoit pas actuellement que l'établissement d'un comité mixte d'hygiène et de sécurité soit exigé pour tous les lieux de travail. Le critère établi de vingt employés ou plus est raisonnable et applicable.

   La demande du jury voulant que la Commission assure un suivi pose quelques problèmes. Les agents lisent les procès-verbaux pour découvrir les graves problèmes, mais la présentation exigée des procès-verbaux permet surtout de constater que les problèmes sont traités en milieu de travail et que le comité mixte fonctionne comme prévu.

4. **Amélioration des voies de communication :** Le comité mixte d'hygiène et de sécurité de l'entreprise concernée n'avait pas remis de procès-verbal à l'agent de sécurité. La mesure corrective a été prise par l'employeur pour le problème en cause. Les agents de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail ont comme directive d'étudier les procès-verbaux des comités mixtes des entreprises importantes afin de découvrir les problèmes qui n'ont pas été réglés par les comités.

5. **Target Dates for Safety Recommendations:** It is not clear if the jury directed this recommendation to the company or Occupational Health and Safety Commission. The company has responded that improvements are being made in their internal communications re health and safety and the Joint Health and Safety Committee has been advised to refer unresolved issues to a Commission officer (Occupational Health and Safety Act - section 14(13)). Target dates are part of the Joint Health and Safety Committee meeting minute form provided by the Commission and is the responsibility of the employer to deal with.

   The Commission does have a policy that a follow-up is to be made on all orders issued to ensure that appropriate action is taken.

6. **Adequate time Provided for Safety Meetings:** This is a statutory requirement of the Occupational Health and Safety Act (Section 14(7)) for any workplace with 20 or more employees.

Following the investigation of this fatality by the Occupational Health and Safety Commission, meetings were held with senior management of the company and among the items discussed were:

1. Improvements to the internal responsibility system for health and safety.
2. A review of the circulation of JHSC minutes.
3. Strengthening of the company's EAP policy.
4. Workplace hazard identification.
5. Training of seasonal workers.

The Commission has revised their accident investigation procedure incorporating a request for a toxicology report where alcohol and/or drugs are suspected as a contributing factor with a death.

The President of Connors Bros. Limited responded to five of the six recommendations as follows:

Re Recommendation #1: Investigate the establishment of an Employee Assistance Program (EAP).

We have been investigating for some time the establishment of such a program. Although we have not arrived at a final decision as to its

5. **Échéances pour les recommandations relatives à la sécurité :** On ne sait pas très bien si le jury adressait cette recommandation à l'entreprise ou à la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail. L'entreprise a indiqué qu'elle améliorait ses communications internes en matière d'hygiène et de sécurité, et l'on a fait savoir au comité mixte d'hygiène et de sécurité de porter tous les problèmes irrésolus à l'attention d'un agent de la Commission (*Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail* par. 14(3)). Les dates cibles d'exécution font partie de la formule fournie par la Commission pour rédiger le procès-verbal des réunions du comité mixte d'hygiène et de sécurité, et il revient à l'employeur d'assurer le respect de ces échéances. La Commission n'a pas l'habitude d'assurer un suivi relatif à toutes les recommandations faites pour s'assurer que l'on a pris les mesures appropriées.

6. **Période suffisante prévue pour les réunions concernant la sécurité :** Cette exigence est prévue par la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail* (par. 14(7)) pour toutes les entreprises de vingt employés ou plus.

Après l'enquête sur ce décès faite par la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail, des réunions ont eu lieu avec les cadres supérieurs de l'entreprise pour discuter de certaines questions, notamment :

1. L'amélioration du système de responsabilité interne en matière d'hygiène et de sécurité.
2. Une vérification de la diffusion des procès-verbaux du comité mixte d'hygiène et de sécurité.
3. Le renforcement de la politique de l'entreprise en matière de programme d'aide aux employés.
4. La désignation des risques en milieu de travail.
5. La formation des employés saisonniers.

La Commission a étudié leur procédure d'enquête sur les accidents, et elle a demandé qu'un rapport de toxicologie soit déposé lorsqu'on soupçonne que l'alcool ou les drogues peuvent avoir contribué au décès.

Le président de la Connors Bros. Limited a donné les réponses suivantes pour cinq des six recommandations.

1re recommandation : Établissement éventuel d'un programme d'aide aux employés.

Nous étudions depuis quelque temps la mise sur pied éventuelle d'un tel programme. Nous n'avons pas encore pris de décision finale pour sa mise en

implementation or completed the details of how the program will be delivered, I anticipate it will be operating in the near future because we are in the process of finalizing same now.

Re Recommendation #3: Safety report to be filed monthly with OH&S regardless of the number of employees.

It should be noted that due to the seasonality of our types of operations, it is not unusual for some areas to be totally shut down and in those areas, there are no employees except perhaps a watchman, and sometimes not even that. During those times with no employees around, we suspend meetings until operations have re-opened and we have twenty or more employees on site. I do not believe it practical nor does it accomplish anything to bring employees in from layoff to hold a safety meeting unless there is a specific or special issue to be resolved.

Re Recommendations #4 & #5: Improving of communication so all minutes/reports are received by all safety officials regularly; System checks be put in place so target dates for recommendations are adhered to.

In view of the seriousness of this accident, we conducted a thorough internal review of the Safety Program within the Company. This resulted in several changes in the procedures followed and, in some cases, the personnel involved. It also included a new mandate for the "Safety Officer" with new internal authority to go with this mandate. A reorganization of the safety committees with a new centralized committee co-chaired by this "Safety Officer" now makes me very confident that new and improved lines of communication both internally and externally have been established along with stronger regard for target dates.

Re Recommendation #6: Adequate time should be allotted for regular meetings during working hours.

I can assure you that time during regular working hours is provided and available for safety meetings.

oeuvre ni déterminé en détail la façon d'exécuter le programme, mais je prévois qu'il sera implanté dans un proche avenir puisque nous en sommes aux dernières étapes de l'élaboration.

3e recommandation : Présentation mensuelle d'un rapport sur la sécurité à la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail, quel que soit le nombre d'employés.

Compte tenu de la nature saisonnière de nos travaux, il arrive que des secteurs de l'entreprise soient complètement inactifs et sans aucun employé, sauf peut-être un gardien. Durant les périodes où les employés sont absents, nous annulons les réunions tant que les activités n'ont pas repris et qu'il y a vingt employés ou plus au travail. Je ne vois pas la raison ou l'utilité de convoquer les travailleurs mis à pied pour tenir une réunion sur la sécurité, à moins d'avoir un problème spécial à régler.

4e et 5e recommandations : Améliorer les communications pour faire en sorte que les procès-verbaux et les rapports soient transmis régulièrement aux agents de sécurité; adopter un système de vérification pour s'assurer que l'échéance des recommandations est respectée.

Devant la gravité de l'accident qui s'est produit, nous avons procédé à un examen interne approfondi du programme de sécurité en vigueur dans l'entreprise. Il en est découlé plusieurs modifications des procédures suivies et, dans certains cas, de nouvelles personnes ont été nommées. On a également procédé à l'élaboration d'un nouveau mandat pour l'agent de sécurité, sans oublier le pouvoir interne nécessaire à son exécution. La réorganisation des comités de sécurité et l'établissement d'un nouveau comité central coprésidé par l'agent de sécurité me permettent de croire qu'il existe désormais de meilleures voies de communication internes et externes et que les dates cibles pour les recommandations seront observées avec plus de rigueur.

6e recommandation : Période suffisante prévue pour les réunions concernant la sécurité durant les heures de travail.

Je peux vous assurer que des périodes sont prévues durant les heures de travail ordinaires pour que les employés assistent aux réunions touchant la sécurité.

Inquest no. 7

On April 30 an inquest was held in Saint John into the death of a 22 year old woman who died on October 28, 1990, at Rothesay Avenue, Saint John, New Brunswick, as a result of compression asphyxia.

The jury found that the death resulted when the deceased was accidentally run over by her own vehicle. The accident resulted from a transmission linkage failure which caused the transmission to shift into reverse while the shifting lever was still engaged in the "Park" position; the vehicle travelled over the deceased, compressing her beneath the front end of the vehicle and thereby asphyxiating her.

There subsequently was a fire, apparently caused by the ignition of the deceased's clothing.

The recommendation of the jury, which was forwarded to the Minister of Transportation, the Chief of the Saint John City Police Force, and to the Chief of the City of Saint John Fire Department, was as follows:

1. "That a motor vehicle inspection include a simple road test to ensure that the (automatic) transmission is functioning properly."

Coroner Collins made three additional recommendations as follows:

1. That the public be educated regarding the dangers associated with operating motor vehicles which do not meet safety inspections standards and/or which have faulty parts;

2. That emergency investigators review their reporting systems to ensure that pertinent information is passed on to those who may require it; and

3. Emergency investigators review fire investigation procedures to ensure that relevant evidence is not overlooked and to ensure that the appropriate parties (i.e. the owners of vehicles and/or their next of kin) are notified (about incidents) as soon as possible.

The Minister of Transportation replied to recommendation #1 seeking additional information relative to causation factors associated with this event before determining whether changes to their inspection program were warranted, and that the

Enquête no 7

Le 30 avril à Saint-Jean, une enquête a eu lieu sur le décès d'une femme de 22 ans survenu le 28 octobre 1990 sur l'avenue Rothesay, Saint-Jean (N.-B.) par suite d'une asphyxie par compression.

Le jury a conclu que la victime a été écrasée à mort par son propre véhicule. L'accident est dû à une défectuosité du raccord de transmission, qui a engagé la marche arrière pendant que le levier de vitesse était encore à «Park»; le véhicule est passé sur la victime, qui est morte d'asphyxie après être restée coincée sous la partie avant.

Un incendie s'est ensuite déclenché, probablement causé par l'inflammation des vêtements de la victime.

La recommandation du jury a été transmise au ministre des Transports, au chef du corps de police de Saint-Jean et au chef du service d'incendie de Saint-Jean; elle s'établissait comme suit :

1. L'inspection des véhicules automobiles doit comprendre un simple essai sur la route pour s'assurer que la transmission (automatique) fonctionne correctement.

Le coroner Collins a ajouté les trois recommandations suivantes :

1. Le public doit être renseigné sur les risques associés à la conduite de véhicules automobiles qui ne répondent pas aux normes de l'inspection de sécurité ou qui ont des pièces défectueuses.

2. Les enquêteurs doivent réviser leur système de rapport pour faire en sorte que l'information pertinente soit communiquée aux personnes qui peuvent en avoir besoin.

3. Les enquêteurs doivent réviser les procédures d'examen des incendies pour s'assurer qu'aucun indice pertinent n'est oublié et que les parties concernées (propriétaire du véhicule ou proches parents) sont mis au courant le plus tôt possible après l'incident.

En ce qui concerne la première recommandation, le ministre des Transports a demandé d'autres renseignements sur les causes de l'accident avant de déterminer s'il est nécessaire de modifier le programme d'inspection, et il a indiqué que le Ministère examinerait

Department would review their public education programming to determine if coroner recommendation #1 could be built into that activity.

The Chief Coroner responded with additional information regarding the two mechanical experts who testified concerning the car's transmission and in due course provided a copy of the transcript of evidence.

The Fire Chief for the City of Saint John replied that the actions taken by the crew of the fire truck followed Standard Operating Procedures when confronted with this type of a fire, namely:

(1) View the interior of the vehicle to determine that there are no occupants remaining inside the vehicle.

(2) Commence extinguishment of fire.

(3) Inform Police for identification and notification of owner.

(4) Check for fire extension and complete extinguishment.

(5) Commence an investigation of cause and origin of fire.

(6) Assist police with investigation of suspicious cause or serious incidents that may occur as a result of the fire.

(7) Prepare proper casualty incident and damage reports for record keeping.

The Fire Chief added that in every case of this nature it is customary to forward a copy of the report to the Fire Marshall's Office.

The Police Chief for the City of Saint John, in reply to Recommendations #2 and #3 of Coroner Collins, noted that discussions have been held between the Police Force and the Fire Department with a view to ensure that an occurrence of this nature does not happen again.

Inquest no. 8

On April 22 an inquest was held in Woodstock into the death of a 24 year old man who died in October 90 as a result of an industrial accident at Gregg Settlement Road, Centreville, New Brunswick.

le programme d'information du public pour déterminer si la première recommandation du coroner peut être incorporée à ce programme.

Le coroner en chef a fourni d'autres renseignements sur le témoignage des deux mécaniciens experts concernant la transmission de l'automobile, et il a fourni une transcription du témoignage dans un délai raisonnable.

Le chef du service d'incendie de Saint-Jean a indiqué que les mesures prises par l'équipe du camion d'incendie étaient conformes aux procédures normales d'intervention pour ce genre d'incendie, notamment :

1) Examiner l'intérieur du véhicule pour s'assurer qu'il n'y a personne.

2) Commencer à éteindre l'incendie.

3) Donner les renseignements nécessaires à la police aux fins d'identification, et aviser le propriétaire du véhicule.

4) Vérifier si l'incendie ne s'est pas propagé et s'il est complètement maîtrisé.

5) Commencer l'enquête sur la cause et l'origine de l'incendie.

6) Aider la police en la renseignant sur les causes suspectes ou sur les incidents graves qui peuvent être causés par l'incendie.

7) Rédiger un rapport complet sur les accidentés et les dégâts survenus, pour les archives.

Le chef du service d'incendie a ajouté que, dans chaque cas de ce genre, on fait parvenir normalement une copie du rapport au Bureau du prévôt des incendies.

En ce qui concerne les deuxième et troisième recommandations du coroner Collins, le chef de police de Saint-Jean a fait savoir que des entretiens avaient eu lieu entre le corps de police et le service d'incendie pour faire en sorte qu'un accident de ce genre ne se reproduise plus.

Enquête no 8

Le 22 avril à Woodstock, une enquête a eu lieu sur le décès d'un homme de 24 ans survenu en octobre 1990 par suite d'un accident industriel sur le chemin Gregg Settlement à Centreville (N.-B.).

The jury found that the death resulted from a fracture to the base of the skull and was accidental. The deceased had been operating a paving machine and while no one actually witnessed the accident itself, it was evident that somehow the deceased was run over by the paving machine equipment (a roller).

The recommendations of the jury were forwarded to Mrs. Madeline Delaney-LeBlanc, Chairperson of the Occupational Health & Safety Commission, Mr. T.C. Barrie, President of Warren Maritimes Ltd. and President of the Road Builders Association of New Brunswick, and were as follows:

1. "That all safety regulations be strictly enforced, including:

   (a) weekly safety meetings be held for crews,

   (b) maintenance on a machine (a road paving roller) not be performed while the machine is in motion,

   (c) when the operator of a machine leaves his seat (climbs off the machine) the safety device adjacent to the seat be shifted into neutral or that the ignition on the machine be shut off,

   (d) there be flagmen at each end of (a road) construction site and one in the middle near the working machinery."

Coroner Ritchie made three additional recommendations as follows:

1. "The modifications or repairs to equipment meet the manufacturers original specifications;

2. That equipment regularly be checked to ensure that it is in good operating condition; and

3. That maintenance and cleaning of mobile equipment not be carried out unless the equipment is stopped (stationary)."

The Occupational Health and Safety Commission responded to the recommendations made by the jury and the coroner in the following manner:

Le jury a conclu que la victime a subi une fracture à la base du crâne et que le décès est accidentel. La victime conduisait une machine utilisée pour l'asphaltage et, même si personne n'a été témoin de l'accident, il est évident qu'elle a été écrasée par cette machine (un rouleau compacteur).

Les recommandations du jury ont été transmises à M^me^ Madeleine Delaney-LeBlanc, présidente de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail, à M. T.C. Barrie, président de la Warren Maritimes Ltd., et au président de l'Association des constructeurs de routes du Nouveau-Brunswick. Les recommandations s'établissent comme suit :

1. Toutes les règles de sécurité doivent être rigoureusement observées, notamment:

   a) tenir chaque semaine une réunion de sécurité à l'intention des employés;

   b) ne pas faire l'entretien d'une machine (rouleau compacteur pour l'asphaltage) lorsqu'elle est en mouvement;

   c) s'assurer qu'avant de quitter son siège pour descendre de la machine, l'opérateur place à la position neutre le dispositif de sécurité situé près du siège ou arrête le moteur de la machine;

   d) placer une personne pour signaler avec un drapeau à chaque extrémité du chantier de construction routière et une troisième au centre, près des machines utilisées.

Le coroner Ritchie a ajouté les trois recommandations suivantes :

1. Les modifications ou réparations faites au matériel doivent être conformes aux spécifications originales du fabricant.

2. Le matériel doit être vérifié régulièrement pour s'assurer qu'il est en bon état de fonctionnement.

3. L'entretien et le nettoyage des machines mobiles ne doivent pas être faits tant que les machines ne sont pas à l'arrêt complet.

La Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail a répondu comme suit aux recommandations.

Jury recommendations:

1. Enforcement of regulation: Occupational Health and Safety Commission will continue to attempt enforcement within the scope of available resources. Education and coaching at worksites is also continuing.

   a. Weekly crew meetings are not required by regulation but worksite or "tailgate" safety meetings are encouraged by Occupational Health and Safety Commission staff. Also safety is encouraged as a first agenda item at project meetings.

   b. Machine maintenance. Regulation 91-191 requires a machine to be in a zero energy state during maintenance.

   c. If an operator is leaving a machine unattended, subsection 228(c) of Regulation 91-191 requires the machine be properly parked and the key removed. If the equipment has a safety device it is to be engaged, but not all equipment have safety switches.

      The Act and regulation require that operators be trained.

   d. Flagperson procedures. Occupational Health and Safety Commission works in co-operation with Department of Transportation in continually improving safety signage and flagperson procedures. The "third" flagperson on a highway construction site is provided where the activity and traffic may warrant but would not be provided as mandatory requirement. I do not believe there was any relationship between this accident and the absence of a flagperson. Construction activity had ended and the maintenance activity was in progress at the edge of the highway when the accident occurred.

Coroner's recommendations

1. Modifications are required to be made in accordance with the manufacturer's specifications (OH&S Act 9(2)(a)). This point is reiterated on a Hazard Alert issued by the Commission.

Recommandations du jury

1. Application des règlements : La Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail continuera de promouvoir l'application des règlements dans la mesure où ses ressources le permettent. Elle continuera aussi à fournir des informations et des conseils sur les lieux de travail.

   a) Les règlements n'exigent pas que l'on tienne une réunion des employés chaque semaine, mais le personnel de la Commission encourage la tenue de réunions sur la sécurité en milieu de travail. De plus, la sécurité devrait être placée en tête de l'ordre du jour pour les réunions touchant l'exécution des projets.

   b) Entretien des machines : Le Règlement 91-191 stipule qu'une machine ne doit développer aucune puissance lorsqu'elle fait l'objet d'un entretien.

   c) En vertu du paragraphe 228(c) du Règlement 91-191, l'opérateur qui veut laisser une machine sans surveillance doit d'abord la garer correctement et enlever la clé de contact. Il doit aussi actionner le dispositif de sûreté, mais les machines ne sont pas toutes munies d'un interrupteur de sûreté. La Loi et le Règlement disposent que les opérateurs doivent posséder la formation voulue.

   d) Personnes qui signalent avec un drapeau : La Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail collabore avec le ministère des Transports pour améliorer continuellement les signaux de sécurité et le rôle des personnes qui signalent avec des drapeaux. L'affectation d'une troisième personne pour signaler avec un drapeau est faite sur un chantier de construction routière lorsque l'activité et la circulation l'exigent, mais elle n'est pas obligatoire. Nous ne considérons pas qu'il existe un rapport entre le présent accident et l'absence d'une troisième personne. Les travaux de construction étaient terminés, et l'entretien était en cours au bord de la route lorsque l'accident s'est produit.

Recommandations du coroner

1. Les modifications nécessaires doivent être faites conformément aux spécifications du fabricant (alinéa 9(2)a) de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*). Cette directive est répétée sur un avis de danger délivré par la Commission.

2. Section 229(1) of Regulation 91-191 requires powered mobile equipment to be maintained in safe working condition.

3. The regulation also requires that the equipment be properly at rest, and blocked before maintenance work proceeds.

The Commission went on to say that as a result of this fatality several actions have been taken in an effort to prevent a recurrence of a similar accident and are as follows:

1. A Hazard Alert was issued to warn about retrofitting equipment in a manner that does not meet manufacturers' specifications. This hazard alert was circulated to contractors, equipment owners and suppliers.

2. Compliance officers made construction site visits with specific emphasis placed on checking for equipment retrofitting and bypassing of safety devices.

3. New regulation (91-191) under the Occupational Health and Safety Act was proclaimed March 1, 1992. It clarifies the onus related to safety inspections and safe operation of mobile equipment. Workshops are being held to publicize the regulation changes.

Inquest no. 9

On August 28 an inquest was held in Woodstock into the death of a 39 year old man who died in April 90 after being incarcerated in the Woodstock Town Police cells for safe keeping in an alleged high state of intoxication.

The jury found that the death resulted when his breathing stopped due to the high level of alcohol within his body. The death was accidental.

While the jury did not make a recommendation, Regional Coroner Quesnel did make one recommendation:

1. "Any person to be locked up (in police cells) and who is brought in (to the police station) unconscious, should be brought to the hospital for a check-up."

This recommendation was forwarded to Mr. Hugh Robicheau, Executive Director of Policing Services, Chief Superintendent Herman Beaulac, Royal Canadian Mounted Police, Chief Joe Murphy,

2. Le paragraphe 229(1) du Règlement 91-191 stipule que les machines motorisées doivent être gardées en bon état de fonctionnement.

3. Le Règlement dispose aussi que les machines doivent être bien arrêtées et arrimées avant que l'on commence les travaux d'entretien.

La Commission a ajouté qu'à la suite de cet accident, plusieurs mesures ont été prises afin d'éviter qu'un accident semblable se reproduise, notamment :

1. Un avis de danger a été délivré au sujet du matériel qui est remis à neuf d'une façon non conforme aux spécifications du fabricant. Cet avis de danger a été transmis aux entrepreneurs ainsi qu'aux propriétaires et fournisseurs de machines.

2. Les agents d'exécution ont visité des chantiers de construction pour vérifier si la remise à neuf des machines avait été bien faite et si l'on avait débranché des dispositifs de sécurité.

3. Le nouveau règlement 91-191, établi en vertu de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*, a été adopté le 1er mars 1992. Il précise les responsabilités applicables aux inspections de sécurité et au fonctionnement sécuritaire des machines mobiles. Des ateliers d'information sont tenus pour expliquer le nouveau règlement.

Enquête no 9

Le 28 août à Woodstock, une enquête a eu lieu sur le décès d'un homme de 39 ans survenu en avril 1990 après qu'il eut été emprisonné au poste de police de Woodstock pour en assurer la bonne garde, car il se trouvait présumément dans un état d'ivresse avancée.

Le jury a conclu que la mort était due à un arrêt respiratoire causé par le taux d'alcool présent dans l'organisme. Le décès était accidentel.

Le jury n'a pas fait de recommandation, et celle du coroner provincial Quesnel est la suivante :

1. Avant d'emprisonner une personne inconsciente qui est amenée au poste de police, il faut lui faire passer un examen médical.

Cette recommandation a été transmise à M. Hugh Robicheau, directeur des Services de police, à M. Herman Beaulac, surintendant principal de la Gendarmerie royale du Canada, à M. Joe Murphy, chef

Woodstock Police Force and to all other Police Chiefs in the Province.

The Executive Director of Policing Services responded by saying that his Branch is presently in the process of developing an Operational Manual for municipal/regional police forces in New Brunswick and contained in this manual will be a policy section dealing directly with the care and handling of prisoners. The following is a prototype of what is being considered in the policy for the care and handling of prisoners:

> "a person may appear to be intoxicated while actually suffering from the effects of a drug other than alcohol, a lack of insulin, a concussion or some other condition or disease."
>
> "a person who may be seriously injured or of questionable consciousness at the time of arrest shall not be placed in a cell unless medically examined and found fit to be incarcerated."
>
> "if unable to arrange for medical treatment within a reasonable time, take the prisoner to the nearest emergency facility. If necessary, arrange for a provincial court judge to remand the prisoner."

He added that most police forces in the Province have local policy with respect to "unconscious" prisoners similar to the above proposed policy.

The Royal Canadian Mounted Police replied that they have had directives in place for a number of years which deal with persons in custody consistent with the recommendation.

A response has been received from several Chiefs of Police favouring the recommendation.

Inquest no. 10

On September 30 an inquest was held in Saint John into the death of a 73 year old man who died in May 91 while at a public dump site at Chance Harbour, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from multi-organ failure through third degree burns to 45% of his body and was accidental. The deceased slipped and fell into a burning pit while throwing in his garbage.

de police de Woodstock, et à tous les autres chefs de police de la province.

Le directeur des Services de police a indiqué que sa section était en train d'élaborer un manuel des opérations pour les corps policiers municipaux et régionaux du Nouveau-Brunswick, et qu'une partie du manuel touchera directement la garde et le traitement des prisonniers. Les paragraphes suivants sont des exemples de la politique prévue pour la garde et le traitement des prisonniers.

> La personne que l'on croit ivre peut être sous l'effet d'une drogue autre que l'alcool ou souffrir d'un manque d'insuline, d'une commotion ou d'une autre affection ou maladie.
>
> La personne qui est peut-être gravement blessée ou qui est plus ou moins consciente au moment de son arrestation ne doit pas être placée dans une cellule tant qu'un médecin ne l'a pas examinée et déclarée apte à être incarcérée.
>
> Lorsqu'il est impossible de faire examiner dans un délai raisonnable la personne appréhendée, il faut l'amener au poste d'urgence le plus près. Le cas échéant, on demande le renvoi du prisonnier à un juge de la cour provinciale.

Le directeur a ajouté que la plupart des corps policiers de la province ont une ligne de conduite semblable à celle précitée en ce qui concerne les prisonniers «inconscients».

La Gendarmerie royale du Canada a fait savoir qu'elle n'avait pas de directive en vigueur depuis un certain nombre d'années en ce qui concerne les personnes détenues qui sont dans l'état indiqué dans la recommandation.

Plusieurs chefs de police se sont prononcés en faveur de la recommandation.

Enquête no 10

Le 30 septembre à Saint-Jean, une enquête a eu lieu sur le décès d'un homme de 73 ans survenu en mai 1991 dans un dépotoir public à Chance Harbour (N.-B.).

Le jury a conclu que la mort était due à la défaillance de nombreux organes causée par des brûlures au troisième degré sur 45 pour 100 du corps, et que le décès est accidentel. En jetant ses ordures, la victime a glissé et est tombée dans une fosse remplie de déchets en combustion.

The recommendations of the jury which were forwarded to Hon. Jane Barry, Minister of the Environment, Hon. Marcel Mersereau, Minister of Municipal Affairs and Housing and to Hon. Sheldon Lee, Minister of Transportation, were as follows:

"1. That the Department of Transportation clean up the present site by sorting non-burnable items, metals, etc. and putting them into separate marked compounds.

2. That these separate compounds be identified by posted signs for:

   (a) trees
   (b) sawdust
   (c) metals
   (d) cars and large metal objects
   (e) recyclable items

3. **Site Management:**

   (a) The site be secured against unauthorized persons entering during non-operational hours by locking entry gate, imposing penalties, ensuring fence is maintained in good repair, erecting an overhead swing bar, restricting burning tires to one day a week when general public has no access to the site. Burning also should be restricted to times during the day when children are away in school to lessen impact of smoke inhalation;

   (b) Rules and regulations be posted concerning site use, the separate marked compounds and penalties for violations. Also, it is imperative that:

      (i) designated areas be enforced;

      (ii) gates be locked when attendant is not on site;

      (iii) regulations be established;

      (iv) any violations be reported by the attendant to supervisor.

4. **Attendant Responsibilities:**

   The attendant must:

   (a) be given a job description;

   (b) know and understand the rules and regulations of the site;

Les recommandations du jury ont été transmises à M^me^ Jane Barry, ministre de l'Environnement, à M^me^. Marcelle Mersereau, ministre des Affaires municipales et de l'Habitation, et à M. Sheldon Lee, ministre des Transports. Elles s'établissent comme suit :

1. Le ministère des Transports doit nettoyer le dépotoir actuel en triant les objets incombustibles, les métaux, etc., et en les regroupant à des endroits distincts et identifiés.

2. Des panneaux doivent indiquer les divers objets qui sont regroupés à chaque endroit distinct, notamment :

   a) les arbres;
   b) la sciure;
   c) les métaux;
   d) les automobiles et les gros objets métalliques;
   e) les objets recyclables.

3. **Gestion du dépotoir :**

   a) Le dépotoir ne doit pas être visité par des personnes non autorisées en dehors des heures d'ouverture, et les moyens à prendre consistent à verrouiller la porte d'entrée, à fixer des amendes, à garder la clôture en bon état, à installer une barre de porte basculante et à autoriser la combustion des pneus une seule journée par semaine lorsque le grand public n'a pas accès au dépotoir. La combustion des pneus doit aussi être limitée aux heures où les enfants sont à l'école afin de limiter les risques d'inhalation de la fumée.

   b) Il faut afficher les règlements applicables pour l'utilisation du dépotoir, les endroits distincts identifiés et les amendes exigées. De plus, il faut absolument que :

      (i) l'on jette les déchets aux endroits désignés;

      (ii) les portes soient verrouillées lorsque le gardien du dépotoir n'est pas sur place;

      (iii) des règlements soient établis;

      (iv) toute infraction soit signalée au surveillant par le gardien.

4. **Responsabilités du gardien :**

   Le gardien doit :

   a) recevoir une description des tâches;

   b) connaître le règlement applicable au dépotoir;

(c) have knowledge of the burning regulations for the Province of New Brunswick;

(d) be in possession of government supplied first-aid kit and be trained in its use;

(e) be in possession of safety equipment including fire extinguisher, etc.

(f) be outfitted with full face shield and gloves when burning."

The Hon. Jane Barry replied that her staff were examining each recommendation in consultation with the Department of Transportation which operates the dump. She noted that the role of the Department of the Environment is enforcement of the environment standards while safety and operating procedures are the responsibility of the operator and that she will work closely with her colleague, the Hon. Sheldon Lee, to ensure the necessary site improvements are made. The Minister of Municipal Affairs stated that they do not have the responsibility for the operation of such sites nor the establishment of standards for solid waste disposal but are however ready to assist, where possible, those departments with these responsibilities.

Inquest no. 11

On November 7 an inquest was held in Woodstock into the death of a 60 year old man who died in May 90 as a result of an industrial accident at the McCain gravel pit, Florenceville, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from multiple internal injuries; the deceased was operating his bulldozer at an angle too close to the edge of the pit thereby causing the bulldozer to topple over and land at the bottom of the pit. The death was accidental.

The recommendations of the jury were forwarded to Mrs. Madeline Delaney-LeBlanc, Chairperson, Occupational Health and Safety Commission, Mr. Dwight Perkins, Carleton Enterprises Ltd., McCain Produce and the Hon. Sheldon Lee, Minister of Transportation, and were as follows:

1. "That it be made compulsory for operators of heavy equipment to use the seatbelts that are provided on equipment with roll over protective structures.

c) connaître les règlements relatifs à la combustion des déchets pour la province du Nouveau-Brunswick;

d) disposer d'une trousse de secours fournie par le gouvernement et en connaître l'usage;

e) disposer du matériel de sécurité nécessaire, comme un extincteur;

f) mettre une visière et des gants pour brûler les déchets.

La ministre Jane Barry a indiqué que des fonctionnaires étudient actuellement chaque recommandation en consultation avec le ministère des Transports, qui est responsable des dépotoirs. Elle a ajouté que le ministère de l'Environnement a pour rôle de faire appliquer les normes environnementales, tandis que les procédures de sécurité et de fonctionnement relèvent de l'opérateur; elle a ajouté qu'elle travaillera en étroite collaboration avec son collègue Sheldon Lee pour faire en sorte que les améliorations nécessaires soient apportées au dépotoir. La ministre des Affaires municipales a déclaré que l'exploitation des dépotoirs et l'établissement des normes pour l'élimination des déchets solides ne relèvent pas de son ministère, mais qu'elle est prête à aider les ministères compétents dans la mesure du possible.

Enquête no 11

Le 7 novembre à Woodstock, une enquête a eu lieu sur le décès d'un homme de 60 ans survenu en mai 1990 par suite d'un accident industriel à la gravière McCain de Florenceville (N.-B.).

Le jury a conclu que la mort avait été causée par de nombreuses lésions internes; la victime conduisait un bulldozer à un angle trop prononcé au bord de la gravière, et le bulldozer a basculé et est tombé au fond de la gravière. Il s'agit d'un décès accidentel.

Les recommandations du jury ont été transmises à M^me^ Madeleine Delaney-LeBlanc, présidente de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail, à M. Dwight Perkins, représentant de la Carleton Enterprises Ltd., McCain Produce, et à M. Sheldon Lee, ministre des Transports; elles s'établissent comme suit :

1. Obliger les opérateurs de machines lourdes à utiliser la ceinture de sécurité installée dans les machines qui comportent des arceaux de protection en cas de renversement.

2. That all gravel pits should be terraced or benched when the height exceeds 25 feet."

The Chairperson of the Occupational Health and Safety Commission assured that the Commission is supportive of the jury's concerns related to the operation of gravel pits and that both recommendations are addressed in a general manner under the provisions of the existing safety code (Regulation 77-1).

The Chairperson also noted that a proposed new code (Regulation 91-191) (which became effective on 1 March 1992) will strengthen these requirements and define other weak procedures which are intended to improve the safety of gravel pit operations. Through continued publicity and enforcement of the Act and Regulations the safety conditions of gravel pit operations should improve.

The Minister of Transportation replied that his staff are requesting that contractors carrying out work for the Department do so in conformity with Regulation 91-191 and that contractors appear to be complying.

• • •

It should be noted that this report mentions the replies received by the Office of the Chief Coroner as of 13 March 92 in response to the recommendations from each of the inquests conducted in 1991.

• • •

Finally, a postscript to an inquest held in 1977 in Saint John wherein the jury found that the deceased came to his death by his own hand. Following a review of the case and a re-investigation by the police the Chief Coroner, pursuant to subsection 39(1) of the *Coroners Act*, applied to the Court of Queen's Bench for an order quashing the verdict on the grounds in part that the inquest was less than adequate and the evidence, while consistent with the possibility of suicide, was also consistent with homicide or accident. The Court quashed the verdict and authorized the Coroner to proceed with a further inquest should he deem it feasible but noted that "it would be difficult if not impossible to have a meaningful inquest at this stage." The Chief Coroner has reclassified the manner of death as "undetermined" and unless new evidence surfaces, will not order a new inquest.

2. Les gravières de plus de vingt-cinq pieds de profondeur doivent être aménagées pour que la surface du rebord soit uniforme.

La présidente de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail a bien indiqué que la Commission appuyait les vues du jury sur l'exploitation des gravières, et que les deux recommandations sont traitées en général dans les dispositions du code de sécurité actuel (Règlement 77-1).

La présidente a ajouté que le nouveau règlement 91-191 (adopté le 1er mars 1992) contribuera à renforcer les exigences et à corriger d'autres lacunes afin d'améliorer la sécurité dans les gravières. La réalisation de cet objectif sera également favorisé par la promotion constante de mesures de sécurité et l'application de la Loi et du Règlement.

Le ministre des Transports a indiqué que les entrepreneurs qui exécutent des travaux pour le compte du Ministère sont tenus de respecter le règlement 91-191, et qu'ils semblent bien s'y conformer.

• • •

Il est bon de préciser que le présent rapport indique les réponses reçues par le Bureau du coroner en chef jusqu'au 13 mars 1992 par suite des recommandations relatives à chacune des enquêtes menées en 1991.

• • •

Enfin, une rectification a été faite pour une enquête menée en 1977 à Saint-Jean, à la suite de laquelle le jury avait conclu que la victime s'était donnée la mort. Après une révision du cas et une nouvelle enquête policière, le coroner en chef a invoqué le paragraphe 39(1) de la *Loi sur les coroners* et demandé à la Cour du Banc de la Reine d'établir une ordonnance pour annuler le verdict en s'appuyant en partie sur le fait que l'enquête avait été loin d'être concluante et que les preuves, qui appuyaient la possibilité d'un suicide, pouvaient tout aussi bien s'appliquer à un homicide ou à un accident. La cour a annulé le verdict et autorisé le coroner à mener une autre enquête s'il le jugeait possible, mais elle a ajouté qu'il serait difficile de tenir désormais une enquête valable, sinon impossible. Le coroner en chef a reclassé la cause de la mort comme étant «indéterminée», et il n'exigera pas la tenue d'une nouvelle enquête à moins qu'il se présente de nouvelles preuves.